U d'/ of Ottawa
39003015622953

Dr A. Fortier,
Québec 1905

PRÉCIS DE MÉDECINE

N° 7.

MALADIES DES ENFANTS

Bibliothèque des Précis de Médecine

Sous ce titre, nous entreprenons la publication d'une série de volumes destinés à mettre à la portée des étudiants et des praticiens, sous un format commode et un nombre restreint de pages, les notions les plus pratiques comme les plus nouvelles qu'il leur est indispensable de connaître. Les auteurs dont les noms suivent, jouissent tous d'une notoriété assez considérable pour qu'il soit superflu d'énoncer les qualités qu'on rencontrera dans leurs œuvres. Ils ont eu pour but essentiel d'être clairs. Les figures nombreuses qui illustrent leur texte, bien choisies et bien exécutées, ajoutent encore à la valeur de l'œuvre.

La *Bibliothèque des Précis de Médecine* comprendra un nombre indéterminé de volumes qui seront tous publiés dans le format in-18 colombier et cartonnés avec tranches de couleur. Ils seront de grosseur inégale et, par conséquent de prix variable.

Nous sommes convaincus que les étudiants et praticiens apprécieront notre désir de leur être utile et qu'ils feront bon accueil à cette *Bibliothèque*.

DÉJA PARU :

1. Nevet-Lemaire (Dr Maurice), préparateur au laboratoire de Parasitologie de la Faculté de médecine de Paris. — **Précis de Parasitologie animale, à l'usage des candidats au 3e examen de Doctorat** (2e partie), avec une préface par R. Blanchard, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, 1 vol. de 111-220 pages, avec 301 figures dans le texte, deuxième édition, cartonné.... 4 fr.

2. Castex (Dr), professeur à la Faculté de médecine de Rennes. — **Précis d'électlectricité médicale**. 1 vol. de 672 pages, avec 208 figures dans le texte, cartonné. 8 fr.

3. Caussé (Dr Henri), chargé du cours d'hydrologie à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon. — **Précis d'hydrologie**. 1 vol. de V-317 pages, avec 46 figures dans le texte, cartonné..... 5 fr.

4. Choquet (Dr), Chirurgien-Dentiste D. E. D. P. de la Faculté de Paris, professeur suppléant à l'École dentaire de Paris. — **Précis d'anatomie dentaire**. 1 vol. de 496 p., avec 195 figures dans le texte, cartonné..... 8 fr.

5. Dubrisay (Dr L.), Ex-Chef de clinique d'accouchement à la Faculté de Médecine de Paris, et Jeannin (Dr C.), Chef de clinique adjoint à la Faculté de Médecine de Paris. — **Précis d'accouchement**. 1 vol. de 736 pages, avec 113 figures dans le texte, cartonné..... 9 fr.

6. Rémond (Dr A.), professeur à la Faculté de médecine de Toulouse. — **Précis des maladies mentales**. 1 vol. de 274 pages avec 5 figures dans le texte, cartonné 4 fr.

7. Baumel (Dr), professeur à la Faculté de Montpellier. — **Précis des maladies des enfants**. 1 vol. de 610 pages, avec 47 figures dans le texte, cartonné..... 8 fr.

EN COURS D'IMPRESSION :

Bouin (Dr) et Garnier (Dr Ch.). — **Précis d'histologie.**

Broussé (Dr), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. — **Précis des maladies de la peau.**

Cazin (Dr), chef du laboratoire de Clinique chirurgicale à l'Hôtel Dieu de Paris. — **Précis de chirurgie générale.**

Cazin (Dr). — **Précis de gynécologie.**

Grimbert (Dr L.), docteur ès-science, professeur agrégé à l'École supérieure de Pharmacie de Paris, pharmacien en chef de l'hôpital Cochin, et Guiart (Dr J.), docteur ès-science, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — **Précis de diagnostic clinique.**

Parisot (Dr), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy. — **Précis des maladies des vieillards.**

Rédard (Dr). — **Précis de technique orthopédique.**

Rollet (Dr E), professeur à la Faculté de médecine de Lyon. — **Précis des maladies des yeux.**

Roy (Dr Maurice), dentiste des hôpitaux, professeur à l'École dentaire de Paris. — **Précis des maladies de la bouche et des dents.**

Kouindjy (Dr P.), chargé du Service de rééducation et du massage à la Clinique des maladies nerveuses de la Salpêtrière (Clinique Charcot). — **Précis du massage méthodique et de la rééducation des mouvements.**

Lacroix (Dr P.). — **Précis de laryngologie.**

Ollive (Dr I), professeur de clinique médicale, médecin des hôpitaux de Nantes, médecin expert du parquet de la Loire-Inférieure, et Le Meignen (Dr H.), médecin suppléant des hôpitaux de Nantes, chef des travaux physiologiques à l'Ecole de médecine de Nantes. — **Les accidents du travail. Médecine légale, Jurisprudence.**

no
dons

PRÉCIS

DES

MALADIES DES ENFANTS

PAR LE

Dr L. BAUMEL
Professeur de Clinique des Maladies des Enfants
à l'Université de Montpellier
Médecin en chef à l'hôpital suburbain

PARIS
F. R. DE RUDEVAL, ÉDITEUR,
4, RUE ANTOINE DUBOIS, 4

1904

RJ
45
.B38
1904

PRÉFACE

Un *Précis des maladies des enfants* est un *Abrégé* ou un *Résumé de Pédiâtrie.*

Ce livre a été écrit dans un but d'*utilité pratique.* Il s'adresse à l'étudiant comme au praticien. Il implique, toutefois, la connaissance de la Médecine générale, sans laquelle on serait arrêté, à chaque pas, en Clinique infantile.

Tout médecin est capable, sans doute, de soigner des enfants malades, à une condition cependant : c'est qu'il possède les notions les plus indispensables à la pratique de la Pédiâtrie.

Les progrès réalisés dans ce sens seront d'autant plus grands, que l'on aura déjà des connaissances médicales plus étendues. En d'autres termes, l'étudiant profitera d'autant plus, dans une Clinique des maladies des enfants, qu'il sera plus avancé en études médicales. Il est infiniment préférable, en effet, et beaucoup plus utile d'étudier, d'abord, les maladies de l'organisme tout à fait développé ; ensuite, les divers états pathologiques de l'enfant, qui se produisent sur un *organisme en plein développement.* C'est même, là, le *criterium* des *maladies de l'enfance*, comme nous le verrons plus loin.

***

Pour certains, la pédiâtrie ne serait pas une *Spécialité.* Nous sommes d'un avis diamétralement opposé. Si, en effet, les *maladies de divers organes* (œil, peau, larynx,

oreille, nez, utérus, etc.) constituent *autant de spécialités*, pourquoi en serait-il autrement de celles d'un *organisme particulier*, que caractérise suffisamment, d'après nous son *incessant développement*.

Et s'il fallait une preuve de plus, en faveur de la *spécialité pédiâtrique*, nous ajouterions : que l'existence de *maladies propres à l'enfance* en est une plus que suffisante, indépendamment des *modifications* et des *complications* que cet âge détermine sur celles qui lui sont communes avec les autres périodes de la vie.

C'est au moment où, en France, la *mortalité infantile* est *si grande*, surtout si on la compare à la *natalité, si faible* dans notre pays, que se révèlent toute l'*utilité* et toute l'*importance* des *études pédiâtriques*.

S'il nous est difficile ou impossible d'*accroître* la natalité, il nous est permis d'*atténuer* la mortalité dans de très grandes proportions, par une connaissance plus approfondie des maladies de l'enfance et des moyens de les prévenir ou de les combattre.

***

Ce livre, nous l'avons écrit, à dessein, *le plus simplement possible*, espérant ainsi *rendre accessible la pédiâtrie à ceux même qu'elle rebute le plus*. Nous nous sommes constamment rappelé que la *plupart des médecins, sinon tous, ont* à un moment donné, qu'ils y soient préparés ou non, *à soigner des enfants malades*.

Nous avons insisté volontairement sur l'*étiologie*, la *pathogénie*, la *symptomatologie*, le *diagnostic*, le *pronostic* et le *traitement* des maladies de l'enfance. Nous n'avons retenu de l'historique, de l'anatomie pathologique, de la bactériologie, etc., que ce qui est indispensable à la pratique ; car, selon nous, le pédiâtre, plus encore que

le médecin en général, doit s'efforcer le plus possible de réaliser le fameux adage : *omnia mecum porto.*

***

La *science pédiâtrique est de date relativement récente.* Si en effet, de tout temps, certains grands médecins ont, par goût ou par circonstance, étudié quelque point spécial de Pathologie ou de Clinique infantiles, il n'en est pas moins vrai *qu'il y a cent ans à peine s'élevait, à Paris, le premier hôpital d'enfants construit en Europe.* C'est là que *se fonda*, ainsi que le déclare M. le Professeur Luigi Concetti (de Rome), la *véritable école pédiâtrique.* « De cette façon, ajoute le savant pédiâtre italien, *la France occupe chronologiquement le premier rang dans l'enseignement et dans l'importance de cette étude* (1) ».

Depuis lors, de nombreux hôpitaux d'enfants ont été construits, en France et à l'Etranger ; bien des enseignements pédiâtriques ont été créés, dans les diverses Facultés et Ecoles du monde entier ; quantité de journaux ont vu le jour, qui ne s'occupent que des maladies de l'enfance.

Si les générations précédentes pouvaient avoir pour excuse de leur ignorance en pédiâtrie la non existence d'un enseignement spécial, les nouvelles et les futures ne l'auront point.

C'est surtout pour le Pédiâtre que, suivant l'heureuse expression de Trousseau (2), *la médecine est un véritable sacerdoce.* Et, si ce n'est point au médecin d'enfants que s'appliquent spécialement ces paroles de

(1) Luigi Concetti. Lo stato attuale de la pediatria in Italia. Roma, 1894.

(2) Trousseau, Clinique médicale, 3e édition, tome I, J.-B. Baillière et fils, Paris, 1878. Introduction p. LII.

l'illustre maître : « *Il faut vous résigner à semer en dévouement ce qu'on recueille souvent en ingratitude* », c'est bien lui qui doit, plus que tout autre, se rappeler le conseil de l'éminent clinicien, lorsque, déclarant que : « *la médecine est un art avant d'être une science* », il ajoute : « *Le pire savant est celui qui n'est jamais artiste ; le pire artiste celui qui n'est jamais savant* (1) ».

***

Placé, depuis près de 15 ans, à la tête de la Clinique des Maladies des enfants (de Montpellier), nous pensons avoir acquis une expérience suffisante pour nous permettre, au cours de ce livre, de formuler certaines opinions personnelles, de rappeler sommairement des faits qu'il nous a été donné d'observer, *véritables leçons de choses, si profitables à l'enseignement.* Quel meilleur moyen de faire retenir un précepte, que celui de le faire suivre d'un exemple ?

Puisse ce Précis atteindre le but qu'il se propose. Puisse-t-il faire *œuvre de vulgarisation, en matière de science pédiâtrique.* Ce serait, pour nous, la plus douce des satisfactions et la plus belle des récompenses. Si, seulement, nous parvenions à *faire aimer*, comme il convient, *cette branche de la clinique*, nous rendrions service à la fois, aux petits malades dont elle s'occupe, à l'étudiant et au praticien souvent embarrassés en présence d'enfants malades.

L. Baumel.

Montpellier, Avril 1904.

(1) Trousseau, loco citato, page XLVII.

CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES

Pathologie et Clinique Infantiles. — La première question qui se pose, en tête d'un Précis des maladies des enfants, est de savoir s'il existe ou non une pathologie et une clinique spéciales à l'enfance.

Cette question a été résolue depuis longtemps déjà, et par nous-même (1), affirmativement.

Il est, en effet, des maladies qui sont spéciales à l'enfant, comme le rachitisme, le croup, l'athrepsie, la syphilis héréditaire ; d'autres qui, comme les fièvres éruptives (rougeole, scarlatine), la coqueluche, etc., sont plus fréquentes dans l'enfance qu'à toute autre période de la vie ; d'autres enfin qui, quoique observées à tous les âges, comme la pleurésie, la péricardite, la bronchopneumonie, prennent, du fait qu'elles évoluent chez l'enfant, certains caractères qui leur sont propres, offrent certaines particularités qui les distinguent de ce qu'elles sont dans d'autres conditions.

De ces trois catégories de maladies, s'il en est une qui soit plus particulièrement du domaine de la pédiâtrie, c'est incontestablement la première. Mais, considérées toutes les trois à un point de vue général et tout à fait élevé, elles

(1) L. Baumel. Y a-t-il une pathologie et une clinique spéciales à l'enfant ? in Leçons cliniques sur les maladies des enfants. Paris, Masson, 1893, et Aperçu général sur la pédiâtrie (Leçon d'ouverture, in *Montpellier Médical*, 1889).

peuvent être regardées, en ce qu'elles présentent de particulier ou de spécial dans l'enfance, comme le résultat de ce grand acte, *l'évolution*, auquel l'organisme infantile est incessamment soumis, auquel Parrot lui-même attribuait les caractères propres de la syphilis héréditaire (1), et que nous avons démontré être la principale raison étiologique, pathogénique ou simplement modificatrice des divers états pathologiques observés chez l'enfant (2).

Le jour où nous connaîtrons davantage encore cette évolution, nous pourrons nous rendre mieux compte de l'influence qu'elle exerce sur les diverses maladies observées dans l'enfance, et inversement.

Avant d'aller plus loin, il nous paraît utile d'exposer quelques notions élémentaires indispensables de physiologie et d'hygiène infantiles. Nous étudierons ensuite l'examen clinique de l'enfant malade. Nous terminerons, enfin, par quelques considérations générales de thérapeutique infantile.

Physiologie. — Les pesées régulières sont très utiles dès le début de l'existence, surtout pendant toute la première année, nous pourrions dire les premières années de la vie, et lorsque l'enfant paraît ne pas prospérer régulièrement.

Pour que les résultats qui sont fournis par ces pesées soient le plus profitables possible et que l'on puisse tout de suite en déduire les conclusions qu'elles comportent, il est bon de connaître la moyenne normale d'augmentation de poids, principalement pour la première année.

Le poids ordinaire de tout enfant né à terme est de 3 kilogr. environ. Pendant les premiers jours de la vie, le nouveau-né perd de ce poids (expulsion du méconium, des urines, chute du cordon, alimentation faible), puis il augmente de 30 grammes par jour pendant le premier mois de l'existence et seulement de 5 grammes pendant le douzième ou dernier mois de la première année.

(1) Parrot. — La syphilis héréditaire considérée comme maladie d'évolution, in Syphilis héréditaire et rachitis, 1re leçon. Paris, 1886.
(2) L. Baumel. — *Loco citato*.

Il est facile de retenir ces chiffres. Il est même aisé, avec eux, d'établir une moyenne approximative d'augmentation pour les mois intercalaires.

S'il s'agissait en effet d'un laps de temps de 6 mois, en diminuant de 5 grammes, chaque mois, la moyenne d'augmentation quotidienne, on arriverait ainsi du chiffre primitif 30 au chiffre dernier 5.

Comme il s'agit de 12 mois, au lieu de 6, en diminuant de 5 grammes cette moyenne seulement tous les 2 mois, on arrive aisément à établir, étant donné l'âge d'un nourrisson, quelle doit être son augmentation moyenne et journalière, s'il se trouve dans des conditions normales.

Après la première année, quel que soit l'âge de l'enfant, c'est une progression continue de son poids que l'on doit constater. S'il en est autrement, le médecin doit chercher et arriver à connaître les raisons du fléchissement observé.

Parfois extrinsèques (mauvaise nourrice, alimentation vicieuse, etc.), elles sont assez souvent d'ordre intrinsèque et tiennent le plus communément à un état pathologique du sujet lui-même (dentition, gastro-entérite, tuberculose, etc.).

Cet état pathologique ne peut être efficacement combattu que lorsqu'on est parvenu à en pénétrer les causes premières ou pathogéniques, la nature, le degré, etc.

Le développement de la *taille* est, sans contredit, moins important que le précédent. Toutefois il peut, à un moment donné, jouer un grand rôle, et il est bon d'en être prévenu. C'est ainsi que, les deux premières années de la vie étant celles où le développement de la taille est le plus rapide (Fonssagrives) (1), il n'y a par suite rien d'étonnant à ce que, le sevrage aidant, on voie plus particulièrement se produire, à ce moment-là, le rachitisme que certains auteurs appellent, avec juste raison et pour ce motif, maladie du sevrage.

S'il est une partie de l'évolution que le pédiâtre doive connaître, c'est bien celle qui a trait à l'évolution dentaire.

(1) Fonssagrives. Leçons d'hygiène infantile. Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1882, p. 26.

Il est indispensable de savoir que cette évolution s'effectue, pour les 20 premières dents ou dents de lait, de l'âge de 6 mois à celui de 2 ans en moyenne ; c'est-à-dire que l'enfant, en 18 mois, met 20 dents (une par mois environ). Il est donc facile, étant donné l'âge d'un enfant, de savoir à peu près exactement le nombre de dents qu'il doit avoir et inversement.

Ces 20 dents (8 incisives, 4 canines, 8 petites molaires) paraissent par groupes de deux et dans l'ordre suivant : incisives médianes inférieures; incisives médianes supérieures ; incisives latérales *supérieures d'abord*, inférieures ensuite ; premières *petites molaires* inférieures, puis supérieures ; canines inférieures les premières, bientôt suivies des supérieures ; enfin secondes petites molaires, inférieures d'abord, supérieures après.

De cette évolution se dégage tout naturellement la loi suivante : *Les dents évoluent par groupe de deux,* les *inférieures* d'abord, les *supérieures* ensuite et *de dedans en dehors*, c'est-à-dire en partant de la ligne médiane des maxillaires.

Cette loi ne souffre que *deux exceptions* : l'une, de bas en haut, est relative aux *incisives latérales supérieures*, qui apparaissent avant les inférieures ; l'autre, de dedans en dehors, a trait aux *canines*, qui ne sortent qu'après les premières petites molaires. Elles viennent à ce moment combler le vide laissé entre ces dernières et les incisives latérales.

Pour bien connaître les accidents fort nombreux de la première dentition, il est de nécessité absolue d'avoir toujours présente à l'esprit cette évolution, qu'elle s'effectue en dehors de tout état pathologiqne coexistant ou au contraire pendant le cours de telle ou telle maladie aiguë ou chronique.

Ce n'est pas seulement l'évolution de la première dentition que tout pédiâtre doit connaître, c'est aussi celle de la deuxième, qui comprend : l'évolution de la dent de 6-7 ans ou première grosse molaire (inférieures d'abord, supérieures ensuite), celle de la dent de 13-14 ans ou deuxième grosse molaire (même ordre), enfin le remplacement des 20 pre-

mières dents, dites de lait, remplacement qui commence vers l'âge de 5 ans pour se continuer jusqu'à 14 ou 15.

Fig. 1. — Dessin d'après une photographie ancienne d'un enfant de 13 ans mort à 22, à la suite d'une tuberculose pulmonaire, sans avoir jamais eu une seule dent.

La dent de sagesse (que nous avons vue apparaître à 16 ans au plus tôt, à 43 ans au plus tard) confine bien par-

fois à l'enfance, mais son évolution est plutôt observée pendant l'adolescence ou l'âge adulte.

On voit enfin chez certains vieillards une 3me dentition (Beaunis et Bouchard) (1). Nous n'avons pas à nous en occuper ici (2).

J'ai cité ailleurs le cas exceptionnel d'un jeune pêcheur méditerranéen, qui succomba à la tuberculose pulmonaire à l'âge de 22 *ans* et qui *n'avait jamais eu une seule dent*. Cette absence d'arcades dentaires donnait à son visage un aspect bizarre de sénilité précoce, empreint d'un certain air comique qui concordait parfaitement, d'ailleurs, avec son caractère on ne peut plus jovial et enjoué (fig. 1).

C'est d'une façon à peu près continue que s'effectue le développement du *squelette*, des *divers appareils* et des *différents organes*, bien que nous soyons obligé de reconnaître que parfois l'accroissement de la taille, par exemple, est si rapide qu'il semble exister de véritables poussées de croissance irrégulières et absolument imprévues.

Tout en tenant compte des irrégularités anormales que nous venons de signaler, il n'en est pas moins vrai que le développement est, pour ainsi dire, continu et de tous les instants, alors même que quelques accroissements semblent se produire avec une certaine brusquerie, bien que quelques fonctions (celle de reproduction par exemple) paraissent ne s'éveiller ou ne s'établir qu'à un moment déterminé.

C'est vers l'âge de 6-7 ans que le cerveau entre dans une voie de développement plus actif, si nous en jugeons par la fréquence, beaucoup plus grande à cet âge, de la méningite, même tuberculeuse. C'est vers cette époque et *a fortiori* avant elle que doit être redouté le surmenage cérébral et en particulier le surmenage scolaire, plus exceptionnel qu'on ne pense à cette période de la vie.

(1) Beaunis et Bouchard — Nouveaux éléments d'anatomie descriptive et d'embryologie, 3e édition. J.-B. Baillière et fils, 1880, p. 1033.

(2) Nous avons vu toutefois un homme de 70 ans remplacer une incisive médiane inférieure qu'il venait de perdre.

Il n'est pas jusqu'aux *vaisseaux* et au *système circulatoire* (cœur compris) qui ne soient soumis à certains troubles de développement.

Nous verrons plus loin l'importance beaucoup trop grande que certains auteurs ont accordée à l'*hypertrophie cardiaque* dite de *croissance*. Elle n'est bien souvent que la manifestation d'un état pathologique antérieur du cœur, larvé ou compensé jusque là et que les modifications, apportées dans l'organe par l'effet de la croissance, sont venues simplement mettre en évidence à un moment donné.

Nous avons observé deux fois, chez la jeune fille, l'hématocèle périutérine à l'âge de 10 et 12 ans, bien avant l'apparition de la fonction menstruelle. Cela paraît contradictoire *a priori*.

Et cependant, ce fait n'a rien de bien extraordinaire en soi. Il nous paraît simplement corroborer l'idée que nous formulions précédemment au sujet de la continuité du développement.

Les exemples de ce genre pourraient être multipliés à l'infini, sans grande utilité toutefois. Nous aurons d'ailleurs à les indiquer, chemin faisant, à propos des divers chapitres de pathologie infantile que nous étudierons par la suite et toutes les fois d'ailleurs que la chose nous paraîtra nécessaire.

Hygiène. — Il faut, à l'enfant, un volume d'air respirable relativement plus considérable qu'à l'adulte. On exige, dans les hôpitaux modernes, de 35 à 36 mètres cubes d'air par enfant malade, la surface minima étant de 8mq75 (Uffelmann) (1).

La température de la chambre ou de la salle doit être de 16° à 18°. Le rez-de-chaussée d'une habitation ne convient guère pour cet usage, en raison de son humidité habituelle; les mansardes, les chambres sous le toit, pas davantage, en raison du froid intense qu'il y fait l'hiver, de la chaleur excessive qu'on y subit l'été.

(1) Jules Uffelmann. Traité pratique d'hygiène de l'enfance. Traduct. du Dr G. Biehler. Paris, Steinheil, 1889, p. 768.

Pauvres et riches peuvent, à un moment donné, éviter ces extrêmes, ne serait-ce que momentanément. Que de gastro-entérites estivales on peut empêcher de s'aggraver, et même guérir le plus souvent, par un simple déplacement favorable !

Il est nécessaire que le renouvellement facile et suffisant de l'air soit assuré.

Au point de vue du vêtement, nous ne dirons pas grand chose, si ce n'est que les *constrictions* doivent être *évitées* avec le plus grand soin, aussi bien celles qui s'exercent sur le crâne que celles dont l'action porte plus particulièrement sur le cou (cols, cravates), le thorax (ceintures, etc.) ou même sur les membres inférieurs (jarretières).

On évitera ainsi bien des déformations céphaliques ou thoraciques, bien des congestions cérébrales, bien des crampes des jambes que l'on constate fréquemment le soir ou la nuit des jours de congé.

C'est quand l'enfant va déjà en classe et lorsqu'il s'est dépensé à courir plus qu'à l'ordinaire, les jours de vacances, qu'on les observe le plus souvent.

Elles peuvent être rapportées sans doute à la fatigue musculaire et à la production plus considérable, dans ces cas, d'acide lactique à l'intérieur des muscles, mais il ne faut pas négliger un certain degré de varices internes, état fugace et transitoire à cet âge, lié souvent à la constriction du membre par des jarretières trop serrées, ce qui gêne fortement sa circulation veineuse ou en retour.

Rien n'est plus déplorable, selon nous, que l'habitude donnée à certains enfants encore jeunes de rester, l'hiver, les mollets nus. Bien des angines, aiguës ou chroniques, se développent aisément sous cette influence.

Il en est ainsi de la flanelle, que pas mal de mères font mettre à leurs enfants *sur la chemise*, ce qui est ridicule. Ou la flanelle est utile, ou elle ne l'est point. Si elle l'est, c'est sur la peau qu'elle doit être appliquée directement et non sur la chemise où elle ne remplit aucune des indications auxquelles elle répond d'ordinaire (maintien à la peau d'une chaleur uniforme, absorption de toute humidité produite à sa surface).

L'important, quand on la met, est d'en changer aussi souvent qu'elle est mouillée et qu'elle pourrait, dans ces conditions, devenir cause de refroidissement, ce que l'on cherche précisément à éviter.

C'est, sans contredit, l'alimentation qui doit être, de la part du pédiâtre, l'objet d'une attention de tous les instants, et cela, depuis la naissance jusqu'au seuil de l'adolescence.

Aussitôt qu'un enfant vient de naître, se pose la question d'alimentation, plus importante alors que jamais.

L'allaitement exclusif est de rigueur en l'espèce. Il est dit *naturel* quand il est pratiqué par la mère ou par une nourrice ; *artificiel*. quand l'enfant est élevé uniquement au lait animal ; *mixte*, quand il est partie naturel, partie artificiel. L'allaitement naturel est de beaucoup préférable aux deux autres. Le mixte, supérieur à l'artificiel.

Quelle que soit la forme de l'allaitement, les tétées ou les prises de lait doivent être *régulières* autant que possible, c'est-à-dire se faire à des intervalles à peu près égaux, la quantité de lait absorbé étant approximativement la même chaque fois.

Pour un enfant normal c'est, dans l'allaitement naturel, le sein toutes les deux heures pendant les deux ou trois premiers mois; ensuite, une tétée toutes les trois heures, à l'état de veille seulement, c'est-à-dire que, sauf des cas tout à fait exceptionnels, on ne doit point éveiller un enfant qui dort pour lui donner le sein ou la fiole.

Dans les premiers jours de la vie, les enfants font facilement de la nuit le jour et inversement, parce que, éblouis par la lumière solaire, ils ferment les paupières et dorment ainsi plus facilement que la nuit, où leurs yeux, grandement ouverts, supportent beaucoup mieux la lumière artificielle, habituellement moins intense.

Bientôt toutefois il s'habituent à veiller le jour, à dormir la nuit. De là des tétées moins fréquentes pendant celle-ci que durant celui-là.

Le maximum étant (vu ce qui précède) de 12 tétées en 24 heures, on doit en comprendre bientôt *en moyenne* 6 pour

le jour, 4 pour la nuit, inversement à ce qui se passait précédemment pour les raisons sus-indiquées.

Mais, aussitôt qu'on le peut, c'est-à-dire au bout de 2 ou 3 mois, on doit arriver à 8 tétées environ par 24 heures (6 le jour, 2 la nuit). Tout enfant qui dort doit être considéré comme ayant tété à son heure, ce qui a donné naissance au judicieux proverbe : *Qui dort dîne.*

Jusqu'à six mois, les choses doivent aller ainsi ; après quoi, on remplace une tétée par une prise de lait. Nous verrons plus loin quelle doit en être la quantité. Puis, chaque 3 ou 4 semaines, on remplacera une autre tétée par une nouvelle prise de lait. On pratique ainsi, en 8 mois, la suppression de toutes les tétées, c'est-à-dire ce que nous appelons le *sevrage progressif*, de beaucoup préférable au *sevrage brusque*, auquel on a recours trop souvent et qui est bien préjudiciable, sinon à la mère, du moins à l'enfant. Nous y reviendrons ultérieurement.

La tétée doit durer, d'ordinaire, de 10 à 15 minutes ; l'âge du lait correspondre, aussi exactement que possible, à celui du nourrisson.

C'est encore le lait qui doit faire la base de l'alimentation de l'enfant pendant les 3 ou 4 premières années de l'existence.

Quant à l'allaitement artificiel, il est, de l'avis de tous les pédiâtres, beaucoup plus difficile et bien plus dangereux.

Quand l'enfant est élevé à l'allaitement naturel, il suffit de se rappeler que tout nourrisson normal, lâchant le sein après une tétée, doit être considéré comme ayant pris plutôt trop de lait que pas assez.

La question est bien plus compliquée avec l'allaitement artificiel.

D'abord, le *biberon* doit être le plus simple possible. Le plus simple est, en effet, le meilleur. Une fiole, graduée ou non, et une tétine suffisent amplement.

Le lait de vache étant le plus répandu, c'est de lui que nous allons parler tout d'abord. Il doit être *stérilisé* et le plus tôt possible après la *traite*. Nous verrons plus bas comment et pourquoi.

Sa température doit être celle du corps (37 à 38°). Pendant les premiers mois, il doit être *coupé avec de l'eau bouillie* (lait maternisé) et dans les proportions suivantes :

1er et 2e mois : moitié lait, moitié eau *bouillie.*

3e et 4e mois : 2 parties de lait, 1 partie d'eau *bouillie.*

5e et 6e mois : 3 parties de lait, 1 partie d'eau *bouillie.*

Après cette époque, il peut être donné pur. S'il n'était point toléré, on l'additionnerait encore de 1/4 d'eau bouillie jusqu'au moment où il serait supporté seul.

Quant à la quantité de lait à administrer, il faut, pour l'établir, se rappeler que la capacité gastrique n'est, à la naissance, que de 40 centimètres cubes. Elle s'accroît, par la suite, progressivement.

Pour ne pas surcharger inutilement la mémoire de chiffres, évaluons à 100 grammes (*en moyenne* et par jour) l'augmentation mensuelle nécessaire de lait. C'est-à-dire que, la dose quotidienne du premier mois étant de 100 grammes, par exemple, celle du 12e sera de 1.200. Celle des mois intercalaires en découle tout naturellement (5e mois, 500 gr. ; 7e, 700, etc.).

Une seule rectification doit être faite à ces chiffres, c'est que la dose des premiers mois est faible, tandis que celle des derniers est forte. En prenant la moyenne de 10 tétées au lieu de 8 par 24 heures, uniquement pour faciliter le calcul, la tétée devra être, le premier mois de 10 grammes, le 12e de 120, ce qui est plus que suffisant.

Il n'y aura qu'à *ajouter* à la dose respective et journalière de lait des 6 premiers mois la quantité d'eau bouillie nécessaire et ci-dessus indiquée : *la moitié* pour le premier et le deuxième, c'est-à-dire 100 et 200 grammes ; *le tiers* pour le troisième et le quatrième, c'est-à-dire 100 et 130 grammes ; *le quart* pour le cinquième et le sixième, c'est-à-dire 130 et 150, ce qui porte le volume de liquide ingéré par jour à 200 et 400, 400 et 530, 625 et 750 grammes, dont le *dixième* est 20 et 40, 40 et 53. 62 et 75 grammes, comme moyenne de tétée pour chacun de ces mois.

L'erreur signalée plus haut (excès pour les derniers mois

de l'année, défaut pour les premiers) se corrige en partie, en ce sens que le nombre des tétées est d'abord de 12, puis de 8. Cette eau bouillie doit être sucrée à 10 p. °/₀ (Marfan). Quant aux chiffres indiqués, ils constituent des moyennes ou points de repère. Ces chiffres, suivant les sujets, peuvent osciller du simple au double (1) d après certains auteurs. Nous croyons, avec Variot, à une moyenne beaucoup plus fixe.

A ce point de vue les bouteilles graduées, toujours utiles dans l'allaitement artificiel, le sont surtout au commencement de celui-ci.

La fiole doit être lavée, à l'eau chaude et bouillie, chaque fois avant de servir ; la tétine plongée, entre deux tétées successives, dans de l'eau boriquée saturée.

Le lait sera *stérilisé*, c'est-à-dire porté, au bain-marie, à la température de 70 degrés, à l'aide d'un appareil stérilisateur quelconque (Soxhlet, Budin, etc.), pendant 40 minutes et dans des bouteilles (de 20, 40, 60, 80 ou 100 grammes suivant l'âge du nourrisson) hermétiquement fermées jusqu'au moment où elles sont utilisées. En grand, le lait se stérilise à la chauffe jusqu'à 110 ou 120° et à la vapeur d'eau sous pression, ce qui empêche l'ébullition (2).

La stérilisation du lait est indispensable en raison des fermentations si faciles à produire dans ce liquide, surtout l'été, à la faveur des nombreux ferments ou microorganismes qu'il contient, que l'air y apporte, ou qu'y introduisent les divers récipients, plus ou moins propres, qui l'ont contenu.

Tout flacon entamé ne doit plus être repris, en raison des fermentations *secondaires* qui peuvent se produire dans du lait même stérilisé, mais qui n'est pas resté à l'abri du contact de l'air jusqu'au moment de son utilisation.

L'ébullition, en coagulant les substances albuminoïdes

(1) Voir le tableau de M. Marfan : in Traité de l'allaitement et de l'alimentation des enfants du premier âge. Paris, Steinheil, 1899, page 353, où, pour le 1er mois par exemple, il indique, comme quantité de lait corrigé pour un repas, 45 à 90 grammes.

(2) Le Gendre et A. Broca, Traité de Thérapeutique infantile médico-chirurgicale. Steinheil, Paris, 1894, page 33.

qui sont contenues dans le lait ou en détruisant les ferments

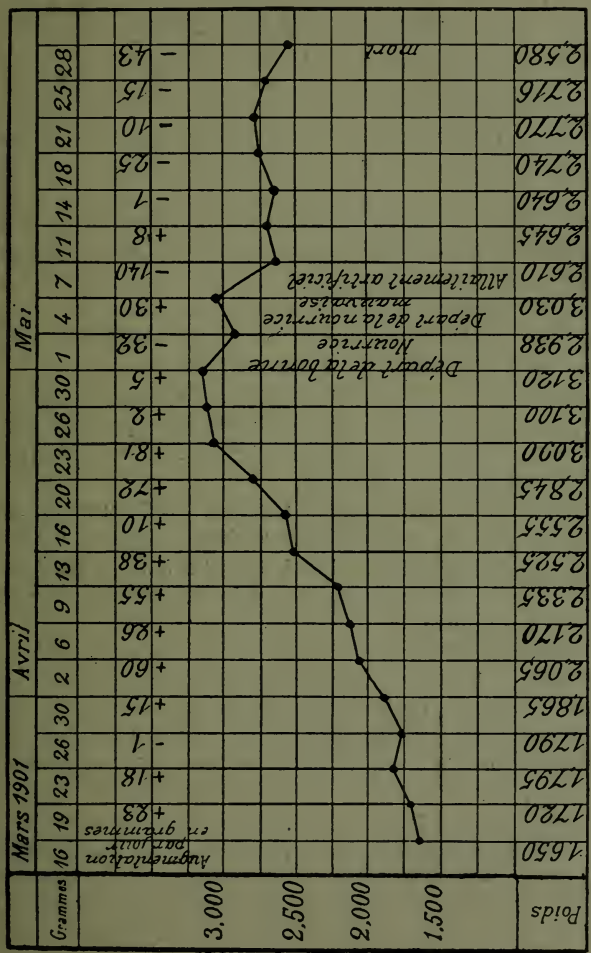


Fig. 2. — Courbe des pesées relative à une enfant de 7 jours.
Cette enfant, née le 9 mars, entre le 13 à la Clinique des maladies des enfants.

lactolytiques qu'il renferme, en rend la digestion beau-

coup plus difficile, l'utilité plus contestable, l'infériorité plus grande. C'est là, toutefois, un moyen de stérilisation très pratique et très simple, en attendant le jour où du lait stérilisé pourra être mis à la disposition de tous.

Nous avons dit plus haut que la stérilisation du lait devait avoir lieu le plus tôt possible après la traite, parce que, si elle arrive trop tard, elle détruit sans doute les microbes saprophytes et pathogènes qu'il contient, elle empêche aussi les fermentations ultérieures, mais elle ne détruit pas les toxines résultant des fermentations déjà produites. Or ces toxines suffisent à elles seules à rendre toxique le lait qui les renferme.

Malgré toutes les précautions ci-dessus, relatives à l'allaitement artificiel, ce dernier ne vaudra jamais l'allaitement naturel, ainsi que le prouve la courbe (fig. 2).

Aussitôt que l'enfant est soumis à l'alimentation commune, il ne doit pas faire plus de quatre repas par jour :

1° Petit déjeuner, le matin à 8 heures, au lever : lait ou chocolat cuit, avec ou sans pain ;

2° Déjeuner à midi : soupe ou potage ; œuf, ou purée, ou viande (blanche de préférence et toujours coupée finement, en raison de la difficulté à obtenir chez l'enfant — pour des raisons que nous exposons plus loin — une mastication complète des aliments) ;

3° Goûter, à 4 heures : une tasse de lait, d'ordinaire ;

4° Dîner, à 7 heures : soupe ou potage, œuf ou purée.

Tout enfant ayant de l'insomnie, un sommeil agité, des terreurs nocturnes, est généralement un enfant qui échappe à l'observation de ces règles hygiéniques alimentaires de premier ordre.

Le dessert en général ne vaut rien pour les enfants. Il en est de même des gâteaux, bonbons, dont ils sont friands à leur âge. On doit éviter de leur donner : du café, du vinaigre, du poivre, des crudités (du moins celles qui ne sont pas fondantes, *radis*, *salade*, etc.), tout ce qui craque sous la dent, enfin la charcuterie et non seulement l'alcool sous toutes ses formes, mais, même à table, le vin

pur, qu'on doit toujours leur faire prendre additionné d'au moins une égale quantité d'eau.

Rien ne doit être bu (lait, eau, tisane, etc.), ni mangé, dans l'intervalle des repas.

Examen d'un enfant malade. — L'examen clinique d'un enfant malade ne diffère pas, essentiellement, de celui d'un adulte. Il est toutefois certains détails qui lui sont spéciaux et que le pédiâtre doit connaître. Voilà pourquoi nous allons nous y arrêter un instant.

Il est évident que l'inspection, la palpation, la percussion, l'auscultation, ne diffèrent pas beaucoup chez l'enfant, du moins dans leur ensemble, de ce qu'elles sont chez l'adulte.

Il est cependant certains points qui méritent une attention toute particulière.

C'est ainsi que, dans l'adénopathie mésentérique par exemple, on n'aura la sensation de ganglions hypertrophiés siégeant dans la profondeur du mésentère que lorsque la gastro-entérite aiguë ou chronique qui lui a donné naissance aura disparu ou que du moins se sera atténué le météorisme abdominal plus ou moins intense qui résulte le plus souvent de l'inflammation gastro-intestinale.

C'est ainsi que la percussion thoracique devra être pratiquée avec une certaine modération : d'abord, pour ne pas effrayer le petit malade qui peut s'imaginer *qu'on le bat* (ce qui lui arrache aussitôt des pleurs et des cris de frayeur); ensuite, pour ne pas provoquer, vu la minceur des parois thoraciques chez l'enfant, des sonorités exagérées et en particulier le bruit de *pot fêlé* à la partie supérieure et antérieure du thorax sans qu'il existe dans le poumon la moindre caverne à ce niveau, condition indispensable chez l'adulte pour le produire.

C'est ainsi que dans les gouttières vertébrales et à leur partie supérieure, jusqu'au niveau du hile pulmonaire, on devra chercher, à la percussion et à l'auscultation, l'adénopathie bronchique, beaucoup plus souvent d'origine infectieuse commune et banale dans le jeune âge (grippe, bronchite simple, broncho-pneumonie, pneumonie, coqueluche, rou-

geole, etc.) et par conséquent curable, qu'invariablement tuberculeuse, comme le veulent certains auteurs, et par suite frappée d'incurabilité.

Dans les deux premières années on auscultera plus facilement un enfant (face postérieure du thorax) en le faisant placer le ventre appliqué contre l'épaule gauche de sa mère ou de sa nourrice. Pour la face antérieure l'enfant est couché sur le dos et placé soit sur les bras, soit sur les genoux, de la personne qui le tient, soit même sur un lit suivant le cas.

La pointe du cœur, jusqu'à 6 ans, bat dans le 4me espace intercostal. Le pouls est beaucoup plus fréquent que chez l'adulte.

Mais s'agit-il d'examiner les yeux, l'oreille externe, la bouche d'un enfant, il est bon tout d'abord d'immobiliser sa tête, ses bras et ses jambes. Après cela, ces divers examens sont chose relativement aisée.

Celui de la cavité buccale est d'autant plus facile que l'enfant est plus jeune. Si l'on a quelque difficulté à faire ouvrir la bouche au petit malade, on lui ferme le nez que l'on tient faiblement serré entre le pouce et l'index de la main droite (le médecin étant à gauche du patient). Après quoi, avec l'index gauche (la bouche s'ouvrant nécessairement dans ces conditions et à l'état normal) on abaisse le maxillaire inférieur, en appuyant sur un point quelconque et latéral de son bord supérieur si l'enfant n'a pas de dents, en arrière de celles-ci s'il en existe.

Il est bon parfois, en pressant de l'index gauche (*à quelques centimètres de sa partie terminale*) sur la partie sus-indiquée du maxillaire inférieur, de prendre un point d'appui, *avec l'extrémité digitale*, sur le bord du maxillaire supérieur. Dans cette position le doigt peut assez facilement produire l'écartement des mâchoires. Chez un enfant de 4 à 5 ans ou au-dessus, qui résiste, la cuiller ou l'abaisse-langue sont indispensables.

De cette façon il est aisé d'examiner la langue, les gencives, les dents, la cavité buccale tout entière, les lèvres, leurs commissures, et de voir s'il existe des aphtes, du

muguet, des manifestations syphilitiques, diphtériques, etc.

L'examen de l'anus, de la vulve ou du vagin, de la verge (principalement de son extrémité libre), du testicule enfin, sont souvent nécessaires chez l'enfant.

Non seulement on rencontre fréquemment chez lui le prolapsus du rectum. résultant de la diarrhée ou de la dysenterie, mais encore la fissure à l'anus consécutive à une constipation opiniâtre, les hémorroïdes même le plus souvent liées à un vice alimentaire ou à l'abus de l'alcool.

Il suffit pour ces divers examens, le malade étant couché sur le ventre (examen de l'anus) ou sur le dos (examen de la verge, du testicule. de la vulve), de fixer fortement les membres inférieurs (dans la demi-flexion sur le bassin, quand le petit malade repose sur le dos). Les supérieurs sont maintenus au besoin.

Nous verrons plus loin combien la vulvo-vaginite est fréquente chez la jeune fille, combien sont communes aussi les adhérences épithéliales du gland et du prépuce chez le petit garçon, et cela, dès l'âge le plus tendre chez l'un comme chez l'autre.

L'examen du testicule n'est pas sans offrir une utilité pratique incontestable : qu'il soit le siège de manifestations précoces de syphilis héréditaire ; qu'il y existe de l'hydrocèle de la tunique vaginale ou au contraire enkystée du cordon ; que le testicule soit atrophié ou que l'on ait affaire à de la chryptorchidie apparente ou réelle.

Celle-ci n'est parfois en effet qu'apparente, le testicule étant assez souvent à l'anneau de chaque côté, ainsi qu'il m'a été donné de l'observer en particulier dans un cas où l'on se préparait à pratiquer l'opération de la chryptorchidie d'autant plus volontiers qu'il existait, d'un côté (à droite) et par moments, une hernie inguinale.

Un simple bandage herniaire était nécessaire dans ce cas, mais encore fallait-il, après avoir fait sortir le testicule de l'anneau, ce qui était assez difficile, empêcher l'anse intestinale de le suivre et bien appliquer la pelote entre les deux, ce qui était relativement délicat.

Tout bandage de ce genre doit être retiré la nuit, sans quoi l'enfant ne pourrait pas le supporter longtemps. Il s'agit de songer à la hernie, au cas où l'enfant viendrait à pleurer, pour la réduire aussitôt ou appliquer exceptionnellement et momentanément le bandage dans ces conditions, s'il paraissait nécessaire.

L'application du thermomètre soulève la question de savoir si l'on doit l'introduire dans le rectum ou si l'on peut se contenter de la température axillaire.

Nous avons toujours eu recours à cette dernière, qui suffit largement dans l'immense majorité des cas, sinon dans tous.

Elle ne présente pas les inconvénients de la prise de la température rectale. Celle-ci nécessite qu'on délange l'enfant, qu'on le découvre davantage. Elle l'expose à des accidents graves si le thermomètre vient à se briser dans le rectum, de même qu'on l'a vu, chez la jeune fille, propager la vulvite ainsi que l'a observé dans son service M. le Pr Weill (de Lyon) (1).

Tout cela, nous dira-t-on, est parfaitement évitable, avec certaines précautions. Nous voulons bien l'admettre, mais nous sommes beaucoup plus certain de l'éviter en recourant à la température axillaire, qui ne nécessite qu'une précaution (le thermomètre une fois appliqué) c'est de *ramener* le coude du petit malade en avant du thorax et de l'y *maintenir* le temps voulu (dix minutes ou un quart d'heure).

Le haut du corps de l'enfant, qu'on n'a dû découvrir légèrement que d'un seul côté, peut d'ailleurs être enveloppé dans un vêtement large et chaud qui recouvre bras et thermomètre, le coude seul devant être maintenu dans l'attitude sus-indiquée.

L'examen du tégument externe présente aussi son utilité en clinique infantile.

L'ombilic chez le nouveau-né, la plante des pieds, la face interne des cuisses et des jambes (en vue des complications

(1) Weill. Congrès de Lyon, 1894.

dont la plaie ombilicale peut être le siège, de l'érysipèle, de l'érythème interfessier, des manifestations de la syphilis héréditaire, précoce ou tardive) ont besoin parfois d'être examinés avec le plus grand soin.

Il en est de même du tégument tout entier dans l'ictère, la maladie bronzée d'Addison, la plupart des dermatoses observées chez l'enfant.

Nous avons parlé plus haut de l'examen de l'œil (dont il suffit d'écarter les paupières à l'aide du pouce de chaque main), de l'oreille externe, de la bouche ; nous en dirons autant de celui des cavités nasales, des narines (polype, coryza syphilitique), enfin de l'aine, de l'aisselle, du cou, où, dans les plis cutanés, se produisent souvent, chez le nourrisson, des ulcérations douloureuses, faciles à guérir, plus difficiles à soupçonner ou à diagnostiquer, sous l'aisselle principalement.

Les *cris* de l'enfant mettent souvent sur la voie et nécessitent ces recherches minutieuses. Ils indiquent en général la *faim*, le *besoin de dormir*, ou la *douleur* dont il faut rechercher la cause.

Les matières fécales d'un enfant sont utiles à examiner au point de vue de leur coloration (*jaune* ou *verte*), de leur composition (grumeaux de lait, substances alimentaires non digérées ou même non mastiquées, vers, œufs, etc.).

Pour l'urine, c'est un peu plus délicat. On peut en obtenir assez facilement toutefois en faisant placer l'enfant, même tout jeune, sur un vase plusieurs fois dans la journée ou en la recueillant directement au moment de l'émission, quand on le lange.

On a également conseillé l'application de coton entre les cuisses, ce qui est à la rigueur possible, à défaut d'autres moyens préférables. On a aussi inventé et préconisé certains appareils collecteurs (tube en caoutchouc de Marfan), dont on peut aisément se passer nous semble-t-il, d'autant plus qu'ils sont parfois malaisés à appliquer.

Sauf dans la coqueluche, l'enfant en général ne crache pas.

De là, pour la pneumonie (crachat rouillé, microbe de

Talamon-Frœnkel), pour la tuberculose pulmonaire (microbe de Koch), des difficultés de diagnostic qui n'existent pas chez l'adulte.

Souvent un lavage de l'estomac et un examen bactériologique des mucosités qu'il contient peuvent permettre le diagnostic, étant donné que les enfants *crachent dans leur estomac.*

Chaque partie du corps enfin peut nécessiter à son tour un examen particulier et attentif. C'est ainsi que la persistance, à l'âge de 2 ans, de la fontanelle antérieure du crâne est donnée par Trousseau comme signe pathognomonique du rachitisme. Nous pourrions en dire autant du simple retard observé dans l'évolution dentaire. C'est ainsi que la microcéphalie, résultant de la suture précoce des os du crâne, se voit chez les arriérés, les idiots, les imbéciles, de même que l'élargissement et la mollesse des fontanelles et des sutures s'observe dans l'hydrocéphalie, comme dans le rachitisme céphalique, avec des caractères différents toutefois, sur lesquels nous aurons à revenir ultérieurement.

Le thorax est tout aussi utile à bien observer avec ses angusties, ses déformations (rachitiques, pleurétiques, constrictives, etc.), dont il est bon de pénétrer l'origine, de prévoir les conséquences (bronchite chronique, emphysème, atélectasie, cœur droit forcé, tuberculose même), de connaître enfin les modificateurs salutaires.

L'abdomen présente, à son tour, certaines modalités différentes, suivant les divers états pathologiques. Là c'est le gros ventre, résultant le plus souvent d'une hygiène alimentaire défectueuse, avec de la dilatation gastrique et cœcale, de l'hypertrophie des ganglions mésentériques ; ici c'est le ventre en bateau, comme dans la méningite, le choléra infantile, la diarrhée chronique ; ailleurs c'est le météorisme de la gastro-entérite, de l'adénopathie, de la péritonite.

Enfin l'examen des membres eux-mêmes nous dénote : dans un cas, l'existence de la paralysie infantile ; dans un autre, celle du rachitisme plus accentué ou localisé sur

eux ; ailleurs enfin celle de l'hémiplégie, de l'atrophie musculaire, des convulsions, des douleurs osseuses de croissance, des déformations (pieds bots, mains botes, etc.).

Le *facies*, par sa maigreur, sa coloration, sa tuméfaction, ses grimaces, met sur la voie de l'athrepsie ou de toute autre maladie de la nutrition, de l'ictère, de la maladie bleue, de l'évolution dentaire même ; de l'albuminurie, de la coqueluche ; enfin des tics, des convulsions, du muguet, ainsi que nous le verrons plus loin.

Le décubitus offre les mêmes significations que chez l'adulte.

Quant à l'interrogatoire relatif à l'état actuel ou aux antécédents du sujet, il n'offre pas grande difficulté lorsque l'enfant est d'âge à pouvoir renseigner, ou lorsque l'entourage, quel qu'il soit, ne l'a pas perdu de vue et a été préposé à sa garde et à ses soins depuis sa naissance ou du moins pendant un temps assez long.

Thérapeutique. — C'est surtout au point de vue de la thérapeutique que la pédiâtrie nécessite l'étude et la connaissance de certains points de détail, sans lesquels le médecin d'enfants peut être plus nuisible qu'utile.

L'axiome *primum non nocere* est surtout applicable à la médecine infantile.

Il ne faut pas croire que chaque médicament se plie facilement aux diverses tables de Gaubius, de Fonssagrives, de Baginsky, dressées pour indiquer la proportion *générale* du moyen à employer, étant donné l'âge de l'enfant.

C'est pour chaque substance qu'il faut connaître la dose à administrer suivant l'âge du sujet. Cet âge même peut ne jouer qu'un rôle secondaire.

Lorsqu'un enfant de 12 ans par exemple, par suite d'un développement retardé ou imparfait, paraît n'en avoir que 8, que doit-on faire ? Faut-il s'en rapporter plutôt à l'apparence ou au contraire à la réalité ? C'est évidemment la première qui l'emporte, dans ce cas, sur la seconde.

On a depuis longtemps fait justice aussi de la valeur de cette thérapeutique, employée surtout en médecine expérimentale,

qui veut que l'on administre un médicament en proportion des kilogrammes que pèse le sujet considéré.

C'est surtout en pédiâtrie qu'une pareille technique serait souvent prise en défaut ; car, elle supprime toute idée d'idiosyncrasie et de sensibilité individuelle. Or, c'est principalement chez l'enfant qu'existe une sensibilité exquise aux modificateurs morbides comme aux modificateurs thérapeutiques.

Certains médicaments, comme l'opium, sont assez mal tolérés, tandis que d'autres, comme la belladone, le sont infiniment mieux et d'une façon même surprenante.

La forme liquide et sirupeuse est celle qui, en général, est le plus facilement acceptée par l'enfant malade.

Les cachets, les pilules, nécessitent un certain effort de bonne volonté et un certain degré d'intelligence, sur lequel on ne peut pas compter en toutes circonstances en pédiâtrie.

Les granules sont assez souvent préférables aux pilules.

Les injections hypodermiques peuvent être employées à *condition de ne pas être trop fréquemment répétées*, en raison des inconvénients qu'elles présentent chez l'enfant. Rien n'est en effet plus apte surtout chez les plus jeunes, que l'excitation déterminée par la piqûre, à produire ou à aggraver les convulsions.

Ce procédé est de rigueur toutefois dans la sérothérapie antidiphtérique, les injections de sérum artificiel, etc.

Le vésicatoire a été fortement combattu dans ces derniers temps et frappé d'un ostracisme sûrement exagéré.

Pour notre compte nous nous sommes souvent très bien trouvé de son emploi, principalement dans la broncho-pneumonie aiguë ou chronique, traînante ou fortement dyspnéique, dans l'épanchement pleurétique à résolution lente, etc.

Nous avons toutefois l'habitude de ne pas le laisser trop longtemps appliqué, suivant le conseil de Jules Simon mais sans en réitérer l'application aussi souvent qu'il l'indique (1).

Après 4, 5 ou 6 heures, suivant l'âge de l'enfant, nous

(1) Jules Simon. — Conférences thérapeutiques et cliniques sur les maladies des enfants. 3e édition, Paris, Lecrosnier et Babé, 1889. Tome I, p. 15.

faisons enlever le vésicatoire ; on perce aseptiquement la phlyctène en un point déclive ; après quoi, on applique sur celle-ci une lame de coton hydrophile, laquelle n'est enlevée dans la suite que si elle est salie par la suppuration. Dans ce cas, on la remplace par une autre, après avoir lavé la surface du vésicatoire avec du coton hydrophile trempé dans de l'eau boriquée saturée.

Dans le cas contraire on ne renouvelle pas le coton primitivement appliqué, qui tombe avec l'épiderme soulevé par le vésicatoire.

Les sinapismes ne doivent être que *rarement* prescrits chez l'enfant à cause de l'excitation qu'ils déterminent.

Le vomitif est souvent, trop souvent, employé en thérapeutique infantile. Comme beaucoup de médecins nous y avions recours autrefois assez facilement.

L'expérience nous a ensuite rendu sage à cet égard. Depuis que nous avons vu la mort subite survenir chez l'enfant, sans vomitifs sans doute quelquefois, mais surtout après leur emploi, nous avons été amené à cette conclusion, toute naturelle nous semble-t-il :

De même que le vomitif est contre-indiqué chez l'adulte en présence de toute lésion cardiaque, de même chez l'enfant, au cours de la rougeole, de la coqueluche, de la diphtérie, dans l'emphysème, la pneumonie, la bronchopneumonie, la pleurésie, l'adénopathie bronchique, la tuberculose pulmonaire, la fièvre typhoïde, le mal de Pott, la scoliose. etc., il y a lieu de n'en user qu'avec la plus grande modération. Le cœur droit, *forcé* souvent dans ces conditions pathologiques, ne peut que se mal trouver de la gêne plus grande apportée à son fonctionnement par les secousses, les efforts du vomissement et l'action spéciale exercée sur les vaisseaux pulmonaires et les centres nerveux par les vomitifs, en particulier par l'ipécacuanha, si souvent employé de préférence, avec juste raison, en clinique pédiâtrique.

Les préparations antimoniales (émétique, kermès minéral, oxyde blanc d'antimoine même) doivent être proscrites de la thérapeutique infantile, en raison de leur action controsti-

mulante énergique, plus à redouter encore chez l'enfant que chez l'adulte. Nous n'avons eu, pour notre compte, qu'à regretter leur emploi. Nous nous trouvons beaucoup mieux de recourir au benzoate de soude, dont la dose varie avec l'âge du petit malade.

C'est aussi dans la pneumonie qu'on a conseillé, chez l'enfant, l'usage de l'alcool. Ce moyen, que nous employons rarement, nous paraît ne pas devoir rester tout à fait inoffensif. Il peut rendre dans certains cas (à condition de ne pas en prolonger l'administration et de ne pas le prescrire à des doses trop fortes) de signalés services.

Dans la gastro-entérite aiguë et les diverses affections de l'appareil digestif, les alcalins, l'eau seconde de chaux en potion ou dans le lait, enfin les désinfectants tels que le benzonaphtol, le salicylate de magnésie ou de bismuth (suivant qu'il y a constipation ou diarrhée), sont de la plus grande utilité.

Lorsque, dans un état fébrile quelconque (accident de dentition ou autre), le *lait* est *toujours vomi* (qu'il soit administré pur ou coupé de tisane ou d'eau bouillie, par 1/4, par 1/3 ou par moitié), il y a tout avantage à recourir, pour 24 ou 48 heures et à sa place (c'est-à-dire toutes les 3 heures), à de la tisane légèrement sucrée. Celle-ci est souvent supportée dans ces conditions, ainsi que nous l'avons fait observer il y a longtemps déjà (1888).

Ce n'est là même que le prélude de ce que l'on a appliqué plus tard sous le nom de *diète hydrique*. Dans les cas où on la conseille et où nous l'avons vue prescrite d'une façon trop prolongée à notre avis, nous l'avons souvent supprimée non seulement sans inconvénient mais avec avantage. Nous la remplaçons efficacement quelquefois par les lavages d'estomac quand nous les jugeons nécessaires.

Ce sont les purgatifs dont il faut user modérément en thérapeutique infantile. L'huile de ricin, si facile à dissimuler dans *le lait*, à faire prendre dans le café chez l'enfant déjà grandet et que nous avons vue acceptée pure par des enfants d'un an, a de beaucoup notre préférence.

C'est un purgatif doux qui n'a pas l'inconvénient de constiper après son action purgative, comme le font tous les purgatifs salins, et facile à doser, suivant l'âge des sujets, par cuillerées à café (depuis 5 grammes jusqu'à 30).

On a dit beaucoup de bien du calomel en pédiâtrie. Nous le proscrivons comme purgatif, contrairement à beaucoup de pédiâtres très renommés qui le recommandaient autrefois et sur la foi desquels le prescrivent encore beaucoup de médecins de nos jours.

Je ne l'ai vu commettre que des méfaits, soit qu'il ait été administré à des doses trop fortes par des médecins d'ailleurs fort recommandables, soit qu'il ait produit de la gastro-entérite en tant que sel mercuriel ; or, la gastro-entérite est précisément la maladie de l'enfant contre laquelle ce moyen est manié tous les jours le plus imprudemment.

Son action spéciale sur le foie et ses maladies n'est rien moins que démontrée.

Si nous le conservons en thérapeutique infantile c'est à titre *non de purgatif* mais *d'altérant*, employé comme antiphlogistique et *fractà dosi*, dans la méningite, la péritonite et la plupart des maladies inflammatoires aiguës, en surveillant toutefois très sérieusement son emploi.

Les toniques et les reconstituants comme le quinquina, le fer, le glycérophosphate de chaux, l'arséniate de soude, sont prescrits couramment avec la plus grande efficacité.

Je ne dirai rien des trois derniers, qui nous rendent les plus signalés services : l'un dans l'anémie, dont la cause première doit être toujours recherchée avec soin (convalescence, croissance, mastication incomplète, gastro-entérite, etc.), ce qui assure l'efficacité du traitement ; l'autre dans le rachitisme, où l'alimentation hygiénique joue un rôle aussi important que le traitement médicamenteux ; le dernier enfin dans la bronchite chronique, les affections cutanées et celles de la nutrition en général.

Une seule remarque doit être faite pour une préparation de quinquina, *le vin*. C'est qu'en raison de la nécessité où l'on se trouve (pour maintenir dissous les principes actifs

et amers du quinquina) d'y ajouter une certaine quantité d'alcool, cette préparation devient plus nuisible qu'utile en pédiâtrie. Cette opinion, à laquelle nous nous sommes depuis longtemps arrêté, a été formulée par Jules Simon dans ses leçons de thérapeutique infantile (1).

Que de mères cherchent ainsi à stimuler l'appétit de leurs enfants atteints de gastro-entérite, dont elles ne font de la sorte qu'aggraver la maladie.

Le vin en général, même comme boisson hygiénique, ne doit jamais être donné pur à l'enfant, mais au contraire toujours additionné d'eau.

La plupart des vins thérapeutiques doivent, à notre avis et pour ce motif, être exclus de la médecine infantile.

Parmi les préparations de quinquina, nous préférons de beaucoup le sirop pour les plus jeunes, la décoction mélangée au lait ou le sirop lui-même pour les enfants plus grandets.

Nous tiendrons le même langage à l'égard des eaux minérales, gazeuses, que l'on prescrit avec une prodigalité inouïe même aux nourrissons, dont le meilleur médicament est incontestablement le lait de la mère ou de la nourrice.

C'est à son détriment que, dans un but louable toutefois et avec l'intention formelle de bien faire, on donne ces eaux. Or, en même temps qu'elles enlèvent l'appétit, elles déterminent l'embarras gastrique et surtout la dilatation de l'estomac.

De là cette dyspepsie des jeunes que la thérapeutique produit si souvent, lorsqu'elle n'existe pas déjà, et qu'elle aggrave toujours, quand elle existe, par les moyens offensifs dont nous venons de parler.

La balnéation et l'hydrothérapie sont souvent très utiles, mais il faut en redouter l'abus.

Autant le bain hygiénique ou de propreté, tiède, est facilement accepté par nous, autant *la balnéation systématique et journalière nous déplaît*; car, il suffit d'un jour froid et d'une réaction mal faite, pour produire une pneumonie ou une broncho-pneumonie mortelles. Sous ces réserves, les bains

(1) Jules Simon, loco citato, tome II, page 230.

hygiéniques, thérapeutiques et médicamenteux (sulfureux, alcalins, au sublimé, etc.) peuvent être prescrits, en surveillant toutefois les doses des substances employées.

En présence de l'hyperthermie, le bain tiède nous a souvent rendu de réels services, principalement dans celle que provoque, chez les enfants au dessous de 2 ans, l'évolution dentaire. Encore doit-on y renoncer, pour les raisons précitées, aussitôt l'hyperthermie disparue.

Les bains sont utiles dans la fièvre typhoïde sans complications ; inutiles le plus souvent dans la scarlatine fruste, toutefois au point de vue du résultat final. Ils soulagent du moins momentanément les malades, même dans ce cas.

Les douches doivent être rarement et sagement administrées.

Dans la chorée de Sydenham, où on les emploie quelquefois, je les ai toujours vues aggraver la maladie.

Les spécifiques peuvent et doivent être administrés chez l'enfant (mercure, iodure de potassium, quinine), mais avec certaines précautions que nous indiquerons plus loin aux chapitres : syphilis et fièvres intermittentes.

On abuse des lavements, surtout chez les tout jeunes enfants.

Ces moyens, habituellement destinés à combattre la constipation, ont généralement pour effet de l'accroître. On les administre en effet *tièdes*, sinon *chauds*, et beaucoup trop volumineux. Les lavements, petits et froids, auraient facilement notre préférence.

Nous aimons mieux recourir toutefois aux suppositoires à la glycérine solidifiée, qui ne présentent pas les mêmes inconvénients : distension, parésie intestinale.

L'opium et ses dérivés peuvent, nous l'avons dit plus haut, être administrés chez l'enfant de tout âge, à une condition cependant, c'est qu'ils soient donnés *fractâ dosi* ainsi que le conseille Jules Simon lui-même (1 goutte de laudanum par exemple dans un looch de 120 grammes, à prendre par petites cuillerées et à intervalles réguliers — toutes les heures — *jusqu'à effet produit*).

Les désinfectants, internes et externes, peuvent être employés dans bien des cas.

Les pulvérisations sont parfois utiles, comme dans la coqueluche par exemple.

Contre les convulsions, le chloral hydraté, en potion, sera souvent efficace.

Les bromures alcalins, contre l'épilepsie, l'hystérie, pourront être employés comme chez l'adulte, à des doses déterminées, mais avec beaucoup plus de chances de succès, surtout si l'on se rend un compte exact de l'étiologie et de la pathogénie de l'affection.

Contre la tuberculose, le carbonate de gaïacol, en cachets, le cacodylate de soude, l'arrhénal, pourront de bonne heure être administrés utilement; mais le grand air, la bonne alimentation, un séjour dans les sanatoria spéciaux ou les hôpitaux marins, s'imposeront souvent.

Les toniques du cœur (digitale) ne pourront être employés qu'au dessus de 2 ans.

La grande préoccupation du thérapeute, en clinique infantile, sera de maintenir intactes les fonctions digestives. C'est vers ce but que devront toujours tendre, non seulement les médicaments employés, mais encore l'alimentation particulière à laquelle le petit malade sera soumis.

PREMIÈRE PARTIE

MALADIES GÉNÉRALES

I. — Faiblesse congénitale. — Sclérème des Nouveau-nés

Définition. — On désigne sous le nom de faiblesse congénitale un état particulier de faiblesse générale propre surtout aux enfants nés avant terme. Cette faiblesse est d'autant plus grande que les nouveau-nés sont plus prématurés (du 6e au 9e mois). Mais on la rencontre aussi, dans certaines conditions, chez des enfants nés à terme.

Étiologie. — Si l'accouchement prématuré est la cause habituelle de la faiblesse congénitale, certaines maladies des parents, de la mère en particulier (syphilis, tuberculose pulmonaire, anémie profonde, etc.), peuvent la produire chez des enfants nés à terme.

Symptômes. — Le poids des faibles congénitaux est bien inférieur à celui d'un nouveau-né normal, c'est-à-dire à 3.000 grammes environ.

Leur aspect général est celui d'une poupée plus ou moins volumineuse. Les membres sont grêles, le corps petit, la tête peu développée et vieillotte à la fois.

Ces nourrissons ne saisissent pas le sein de leur nourrice ou le saisissent si mal que celle-ci déclare qu'*ils ne veulent point téter.*

Il est de toute évidence que la volonté n'a rien à voir, à ce moment-là, avec la maladresse apparente de cette catégorie de nouveau-nés. Mais la faiblesse générale est telle que toutes les fonctions se font mal et, disons le mot, *faiblement.* Telles sont la respiration, la digestion, la succion elle-même, l'action de téter. Cependant, que l'on mette l'enfant au sein, qu'on l'observe attentivement quelques instants, et, si la nourrice est bonne, si les seins sont bien faits et bien sécrétants, on constatera que le faible congénital tète, non pas certes avec la *voracité* et la *force* que pourra y mettre un nouveau-né à terme, mais au contraire d'abord mollement, lentement, chaque effort de succion étant séparé du suivant par un intervalle plus ou moins long. De là le dire des nourrices cité plus haut. De là la nécessité pour le pédiâtre de démontrer à celles-ci que leur nourrisson *veut bien*, mais qu'il ne *peut pas,* téter comme un nourrisson ordinaire; que ses *efforts de succion* sont *beaucoup plus faibles*, *beaucoup plus lents* et les *intervalles qui les séparent beaucoup plus longs*; qu'il lui faut, en un mot, *beaucoup plus de temps* qu'à un nouveau-né normal pour une tétée, c'est-à-dire pour faire venir encore moins de lait que celui-ci.

Lorsque le pédiâtre a persuadé la nourrice à cet égard, l'enfant est sauvé.

Les faibles congénitaux ont de la peine à maintenir normale leur température. Ils subissent, mieux que les autres, les modifications thermiques ambiantes et, s'ils supportent relativement bien la chaleur de l'été à condition d'avoir une bonne nourrice, ils résistent infiniment moins au froid de l'hiver. C'est dans ces conditions que l'on voit survenir *le sclérème*, cette maladie constituée par des *indurations* ayant pour siège *le tissu cellulaire sous-cutané*, se développant de préférence et primitivement *au mollet*, recouvertes par la peau lisse, tendue, difficile à plisser où à saisir à leur niveau. La couleur du tégument est rouge ou jaune, suivant que l'on

considère celui-ci à la première ou à la seconde période du mal.

Ce sclérème, qui donne aux parties molles une résistance particulière, presqu'analogue à celle du bois ou du marbre, est susceptible de généralisation. Il peut s'étendre non seulement au tissu cellulaire des membres et du tronc, mais encore à celui de la face et des lèvres, comme à celui qui se trouve dans l'épaisseur des différents viscères (du poumon en particulier) ou des divers tissus (muscles par exemple).

On conçoit aisément les dangers courus par un nourrisson dont les lèvres, raides comme du carton, viennent ajouter une difficulté de plus à l'action de téter et dont les poumons, envahis d'ailleurs comme les muscles respiratoires, rendent difficile d'abord, impossible ensuite, la respiration, d'où l'asphyxie.

Il semble que le froid ait d'autant plus d'influence pour produire cette maladie que la faiblesse congénitale est plus grande et, par suite, la résistance organique plus faible, l'abaissement thermique périphérique plus facile.

Il semble que sous cette double influence : *réfrigération extérieure*, *résistance* (*organique et thermique*) *intérieure faible*, *se figent* pour ainsi dire les substances grasses, qui se trouvent en grande partie dans le tissu cellulaire, pour produire le sclérème.

D'après Knöpfelmacher, ce phénomène serait favorisé par la faible teneur en acide oléique de la graisse du nourrisson et principalement du nouveau-né (1).

Diagnostic. — Le diagnostic de la faiblesse congénitale découle de ce que nous avons dit plus haut. Ses principaux caractères sont : *poids* de l'enfant *inférieur à la normale* ; *naissance avant terme* ou dans les *conditions pathologiques précitées* (syphilis, tuberculose des parents, de la mère surtout); *efforts de succion* et *action de téter faibles*, *lents* ; *réfrigération facile*, etc.

Le sclérème devra être distingué de l'œdème dur des membres inférieurs, que l'on observe assez fréquemment,

(1) Knöpfelmacher Jahrb., für Kinderheilk., 1897, t. LXV, p. 177.

chez l'enfant nouveau-né, dans bien des états pathologiques divers (phlébite infectieuse, maladies du cœur, du foie, etc).

Il faudra aussi ne pas le confondre avec l'érysipèle de même siège, qui n'est souvent que l'extension de celui de la région périombilicale. Ce dernier à l'état aigu, c'est-à-dire pendant sa période d'envahissement ou d'état, se reconnaît à la fièvre ou du moins à sa rougeur particulière, à son bourrelet limite, etc., etc. Après cette période aiguë, les tissus où a siégé l'érysipèle peuvent, comme à l'ordinaire, rester plus ou moins œdématiés. C'est alors que le diagnostic est un peu plus difficile. Mais, outre que l'œdème n'est pas dur généralement, les commémoratifs doivent puissamment aider le pédiâtre à l'établissement de cette précision diagnostique.

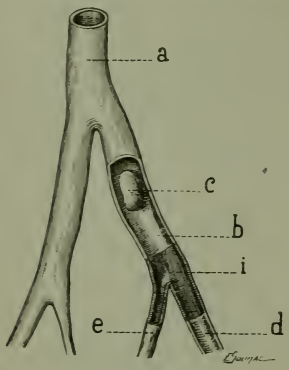


Fig. 3. — a, Veine cave inférieure ; b, Veine iliaque primitive gauche (ouverte) ; c, Caillot fibrineux ; d. Veine fémorale gauche ; e, Saphène interne gauche ; i, Inflammation (phlébite). — L'autre partie de la figure représente les vaisseaux analogues et sains du côté droit.

Pronostic. — Les faibles congénitaux sont, en hiver surtout, voués à une mort presque certaine, principalement lorsqu'ils viennent à contracter quelque bronchite ou broncho-pneumonie, si surtout on ne les met pas en couveuse et si l'on ne dresse pas les nourrices comme nous l'avons dit plus haut. Celles-ci doivent donner un *seul sein toutes les heures* et attendre patiemment pendant la tétée. Elles doivent favoriser de leur mieux la préhension du mamelon, aussi bien avec les deux doigts, index et médius de la main opposée, qui offrent celui-ci au nourrisson, qu'avec le bras correspondant à l'aide duquel elles soulèvent et approchent la tête de l'enfant. Le doigt indicateur appliqué dans le voisinage du mamelon, à la partie supérieure du sein à

téter, déprime ce dernier de telle façon que l'enfant, *ayant les narines libres*, puisse respirer aisément et pratiquer ainsi plus facilement ses efforts de succion.

Principalement en été, mais aussi en hiver, l'allaitement artificiel ou même l'allaitement mixte conduit les faibles congénitaux à une mort presque certaine. On a eu raison de dire que ceux-ci meurent en général *de froid* et *de faim*.

Traitement. — Grâce aux deux moyens que nous avons recommandés : *allaitement naturel bien dirigé*, *usage de la couveuse*, l'immense majorité ou la presque totalité des faibles congénitaux peut être sauvée. Le sclérème lui-même, grâce à la couveuse, devient une maladie des plus rares, des plus faciles à prévenir, ou même à enrayer dans son développement.

Elle disparaîtra, nous en sommes convaincu, du cadre nosologique le jour ou des couveuses communales seront, comme nous l'avons dit ailleurs (1), mises partout à la disposition de tous, gratuitement pour les indigents, moyennant rétribution pour les riches. Elles éviteront aux uns et aux autres la perte d'instants précieux avant de traiter comme il convient ces pauvres petits êtres, qui, une fois sauvés du danger qui les menace, se développeront certainement aussi bien que tout enfant né dans les conditions les plus normales et les plus favorables.

Nous avons employé les couveuses les plus diverses, celle du Professeur Tarnier, celle du Dr Diffre, celle (automatique) de M. Lion, celle du Professeur Hutinel. Toutes nous ont rendu de signalés services. Celle à laquelle nous accordons volontiers notre préférence est celle de M. le Professeur Hutinel.

Elle n'a pas, comme celle de MM. Diffre et Lion, l'inconvénient de brûler du pétrole ou du gaz à proximité de la couveuse elle-même, de vicier par suite l'air destiné aux nourrissons ou aux nourrices. Le fait est capital, aujourd'hui

(1) L. Baumel et Malzac. La faiblesse congénitale, son traitement; in *Nouveau Montpellier Médical*, t. II, 1893.

que les salles d'hôpital, grâce aux progrès de l'hygiène moderne, sont éclairées *extérieurement* c'est-à-dire par des becs de gaz brûlant dans les corridors et derrière une vitre, *qui les sépare de la salle qu'ils éclairent.*

La couveuse du Pr Hutinel est basée, comme celle de Tarnier, sur l'emploi de bouillottes d'eau chaude ; mais, elle a sur elle l'avantage de la désinfection facile, vu que son intérieur (le berceau proprement dit) est tout *porcelaine* et *métal.*

La température de ces couveuses doit être constante et de 28° à 32° suivant, d'une part, l'intensité de la faiblesse congénitale du sujet observé et, d'autre part, la température atmosphérique extérieure.

L'enfant ne doit être sorti de la couveuse que pour téter ou pour être langé. Et encore, comme les tétées surtout nécessitent un certain temps, il faudra s'assurer d'abord, avant de le sortir, non seulement que les portes et fenêtres de la pièce sont closes, mais que la température de celle-ci n'est *pas froide* c'est-à-dire est *au moins à 16°*. En outre, pour langer l'enfant ou pour le faire téter, la nourrice aura soin, s'il y a un foyer dans la pièce, de s'en approcher afin que la transition thermique ne soit ni trop brusque, ni nocivement impressionnante, pour l'enfant. On devra recommander aussi de langer tout débile congénital le plus rapidement possible.

Des pesées régulières, faites au moins deux fois par semaine, permettront de juger des progrès réalisés par le petit malade. La courbe doit accuser une ascension croissante. On ne peut être rassuré, relativement, que lorsqu'on aura enfin atteint ce résultat.

Dans le cas contraire, le pédiâtre est appelé à se prononcer sur les causes qui empêchent de l'obtenir et il doit reconnaître le plus tôt possible si elles sont attribuables à la nourrice ou, au contraire, au nourrisson. Ce sera toujours facile, à condition que l'on ait une certaine habitude de la pédiâtrie, sinon on sera exposé à déclarer insuffisant le lait d'une excellente nourrice ou malade un enfant qui ne l'est pas autrement que par sa faiblesse congénitale.

D'une manière générale un défaut de progression du poids de l'enfant indique, dans ces conditions, ou que la nourrice est mauvaise, ou qu'elle ne sait pas s'y prendre pour faire téter son nourrisson.

Dans le premier cas, l'examen des seins et du lait mettra déjà le pédiâtre sur la voie. Il y sera inébranlablement maintenu le jour où il fera donner le sein par une nourrice meilleure, ce qui déterminera immédiatement une augmentation de poids chez l'enfant. Toutefois cette dernière ne sera pas nécessairement aussi grande, on le conçoit sans peine, que pour un enfant né à terme.

Dans le second cas, le pédiâtre *lui-même* devra donner, *au moins une fois*, les instructions, nécessaires à la nourrice, que nous avons exposées plus haut. Il sauvera ainsi bien des existences qui, sans cela, eussent été fatalement perdues.

II. — Athrepsie

Définition. — L'athrepsie est une maladie *du nouveau-né.* Décrite et dénommée par Parrot, elle se caractérise par un *amaigrissement continu et progressif*, accusé par la balance à chaque pesée nouvelle, jusqu'à ce que survienne la mort ou que se produise l'amélioration révélée par une augmentation de poids même légère mais persistante et conduisant à la guérison. Cet amaigrissement est bientôt constaté *de visu* avec la plus grande facilité.

Etiologie. — La gastro-entérite ou du moins des troubles gastro-intestinaux, tels que : vomissements et diarrhée, sont habituellement notés à l'origine de l'athrepsie. C'est dans les trois premiers mois de la vie qu'on observe celle-ci.

Ce qui les détermine le plus souvent c'est l'alimentation vicieuse.

Certain jour, sous prétexte que le lait de la mère était insuffisant, ce qui était inexact, nous avons vu un nourrisson, sur le conseil d'une sage-femme, ingérer de la farine lactée pendant les premières semaines de l'existence et

devenir de ce fait athrepsique. Il a suffi, pour le guérir, de supprimer cet aliment et de le remplacer par le lait de la mère, très suffisant d'ailleurs. Elle était primipare et une des meilleures nourrices que j'aie jamais vues.

Une autre fois j'ai vu l'athrepsie se produire, dans le second mois de la vie, chez un enfant placé dans des conditions à peu près identiques, avec cette différence toutefois que le lait de la mère, également primipare, était réellement insuffisant. Il s'agissait de l'un de ces cas où la *sécrétion lactée est difficile et lente à s'établir*. Il a suffi, pour guérir cet enfant, de lui faire donner, en plus du lait de sa mère, un demi lait (3 tétées par jour) par une autre nourrice. Et la mère, qui ne suffisait pas primitivement à la tâche pour les raisons que nous venons d'indiquer, a pu, sans la moindre difficulté, conduire à bonne fin *toute seule* l'allaitement *jusqu'au sevrage*, et cela, à partir du 3e ou 4e mois, c'est-à-dire dès l'époque où la sécrétion lactée s'est franchement établie chez elle.

Dans un troisième cas il nous a paru que *l'ancienneté du lait de la nourrice (5 mois) et son abondance* par conséquent, en raison de l'âge de l'enfant (naissance), avaient été suffisantes pour produire l'athrepsie, des plus marquées dans l'espèce.

Peut-être à ces causes premières s'était-il ajouté, comme cause adjuvante, l'usage de l'eau de Vichy, employée comme moyen thérapeutique dès les premiers vomissements.

La guérison fut cependant obtenue (1) malgré l'*encéphalopathie* existante, encéphalopathie que Parrot lui-même considérait comme étant toujours mortelle (2).

Symptômes. — Troubles gastro-intestinaux au début, amaigrissement continu et progressif ensuite, tels sont les symptômes principaux de l'athrepsie. Les vomissements et la diarrhée peuvent persister tout le temps de la maladie.

(1) L. Baumel et E. Scheydt. Un cas très grave d'athrepsie du nouveau-né. Encéphalopathie. Guérison. Congrès international de Médecine. Section de Pédiatrie. Paris, 1900.

(2) Parrot. L'athrepsie. Paris. Masson, 1877, page 136.

Je les ai vus remplacés, dans le troisième cas ci-dessus, par des *vomituritions* et une *constipation opiniâtre.*

Les vomituritions étaient constituées par la régurgitation de quelques gorgées de lait à chaque tétée, accompagnées le plus souvent de quelques *mucosités*, probablement d'origine gastrique. La constipation était telle qu'on ne pouvait obtenir une selle qu'à la condition de recourir à l'emploi d'un suppositoire à la glycérine solidifiée.

On distingue à l'athrepsie trois périodes : 1° une période *gastro-intestinale ;* 2° une *période hématique;* 3° une *période cachectique.*

La première, gastro-intestinale, est caractérisée par les troubles digestifs dont nous avons parlé précédemment.

La période hématique est constituée par une auto-intoxication ou une auto-infection sanguine, résultant de l'absorption, au niveau de la surface gastro-intestinale, de divers éléments d'ordre chimique ou microbien qui s'y développent anormalement.

De là et du défaut d'absorption des liquides alimentaires ingérés, que le vomissement expulse presqu'aussitôt, résultent de *l'anurie* et des *accidents nerveux convulsifs* souvent généralisés comme dans notre troisième cas.

De là, des altérations nutritives, sinon des infections des différents organes (foie, cerveau, reins, peau, etc.) ; de là enfin, l'amaigrissement progressif du sujet, véritable *autophagie* développée sous l'influence du défaut d'absorption et d'assimilation déjà signalé.

Il arrive même un moment où les aliments sont relativement supportés et où cependant la balance n'accuse pas la moindre augmentation de poids de l'enfant. Cela prouve que la muqueuse gastro-intestinale n'est pas encore en état de digérer parfaitement et de rendre tout à fait assimilables les aliments ingérés (lait). *L'anatomie pathologique* vient en effet nous démontrer l'existence, au niveau de cette muqueuse, de lésions propres à l'inflammation.

Plus tard même, lorsque la muqueuse digestive a repris ses fonctions de digestion et d'absorption, le sang et les

divers organes ne sont pas aussitôt en mesure d'assimiler. Il faut que se produise alors la *lixiviation* du sang et de l'organisme, ce dont il est facile de juger par l'augmentation de la quantité des urines, bientôt suivie de celle du poids du nourrisson.

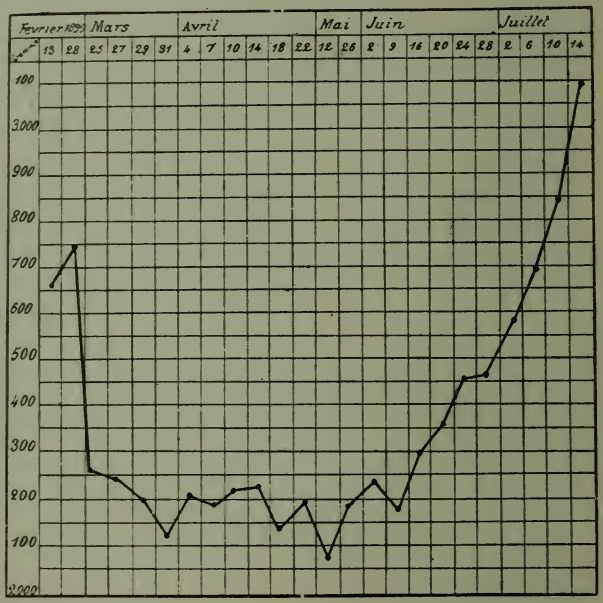


Fig. 4. — Courbe des pesées dans un cas d'athrepsie du nouveau-né ou athrepsie de Parrot. Cet enfant est né le 13 février 1899.

Cette dernière, minime d'abord, s'accuse ensuite de plus en plus, et l'on voit certains enfants, notre troisième par exemple, *tripler les étapes* à un moment donné, c'est-à-dire prendre par jour trois fois plus de poids que ne devrait en prendre un enfant du même âge. (Voir la courbe ci-contre).

C'est à la période cachectique que l'on voit survenir les diverses altérations cutanées (érythème athrepsique, ulcéra-

tions de la peau) signalées par Parrot et les lésions viscérales profondes qu'il décrit (atélectasie pulmonaire, atrophie et érosions hémorragiques de l'estomac, rate petite, cerveau stéatosé, reins dégénérés, infarctus uratique, thrombose rénale, etc.).

C'est alors aussi que la peau devient sèche, qu'elle se plisse facilement, étant trop ample pour le corps qu'elle contient. L'amaigrissement est extrême, le faciès ridé et vieillot, les joues enfoncées et creuses faisant fortement saillir les parties du squelette (os malaire, apophyse zygomatique), les yeux incomplètement clos. La fontanelle antérieure se déprime au point qu'elle peut recevoir, dans la cupule qu'elle dessine, l'extrémité digitale du pouce. Cette dépression indique le degré de vide intra-crânien résultant de la rétraction de l'encéphale lui-même.

Le pouls est petit, imperceptible, lent, fortement dépressible. Il existe assez souvent de l'hypothermie. La bouche, généralement entr'ouverte, est envahie par le muguet.

Pronostic. — L'athrepsie est une maladie toujours grave. Elle l'est d'autant plus que le milieu social auquel appartient l'enfant est moins élevé. Cette gravité est extrême si l'enfant est soumis à l'allaitement mixte et, à plus forte raison, à l'allaitement artificiel.

De là, la mortalité si grande, signalée par Parrot dans ses observations, qui ont trait surtout à son service de l'Hôpital des Enfants Assistés.

Lorsqu'il nous a été permis, de bonne heure, d'attribuer une excellente nourrice à un athrepsique, nous avons eu constamment la satisfaction de le voir guérir et cela, qu'il s'agisse d'un malade hospitalisé ou d'un malade de notre clientèle privée.

Diagnostic. — Le diagnostic n'est pas difficile. On ne pourra confondre l'athrepsie qu'avec le dépérissement que l'on voit survenir chez certains enfants, atteints de tuberculose ganglionnaire généralisée et révélée par une polymicroadénite plus ou moins étendue.

Nous avons eu à soigner un enfant atteint d'asymétrie

faciale qui nous a laissé longtemps en suspens entre ces deux diagnostics. (Voici sa courbe).

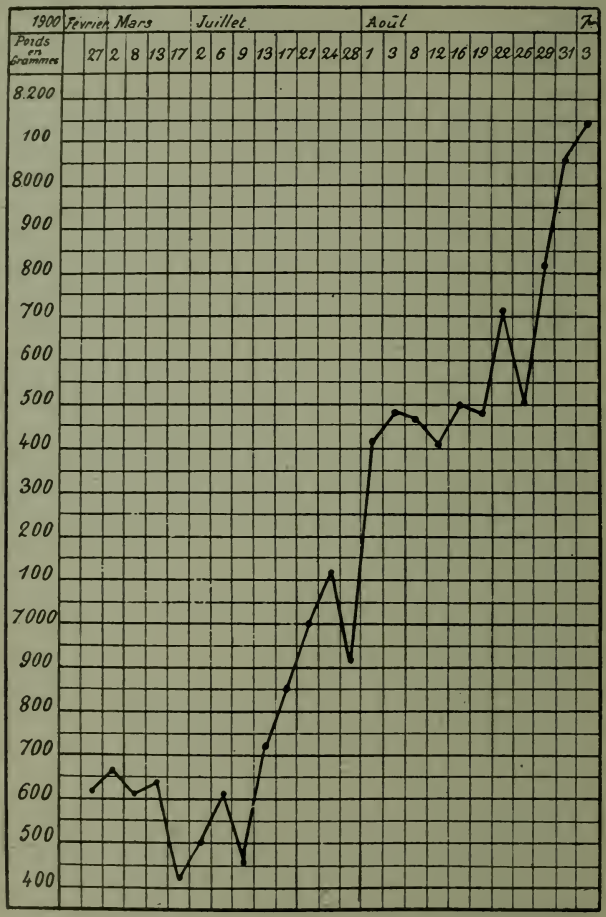


Fig. 5. — Courbe des pesées dans un cas d'athrepsie tardive (Baumel). Cet enfant, âgé de 18 mois, avait été nourri par sa mère, tuberculeuse, jusqu'à l'âge de 15 mois et quelques jours encore avant la mort de cette dernière.

Né d'une mère tuberculeuse, il avait tété celle-ci presque mourante. L'enfant avait alors 15 mois.

Malgré cette origine si suspecte et ces conditions si fâcheuses, au cours desquelles la contagion aurait pu faire son œuvre, à supposer que l'hérédité ne l'eut point déjà faite; malgré tout, cet enfant a pu être sauvé par l'allaitement artificiel.

Traitement. — Le traitement de l'athrepsie consiste : 1° à donner à l'enfant, s'il ne l'a déjà, une bonne nourrice, dont le lait soit autant que possible en rapport avec l'âge du nourrisson ; 2° à régler les tétées (une toutes les 2 heures au plus). Si l'enfant vomit, attendre deux heures après le dernier vomissement avant de donner le sein de nouveau.

Existe-t-il du muguet? Appliquer avec un pinceau trois fois par jour sur la langue le collutoire suivant :

Borate de soude.	ãã 10 grammes.
Miel rosat . . .	

Administrer, *une heure après chaque tétée*, 2 *cuillerées à café* de la potion suivante :

Eau seconde de chaux	ãã 60 grammes.
Eau de laitue	
Sirop simple.	30 —
Teinture de musc	IV gouttes.

Veut-on combattre les fermentations anormales dont le tube digestif est le siège et les autointoxications ou les autoinfections qui en résultent?

On prescrira, au lieu de la potion qui précède, la suivante à la même dose et aux mêmes heures :

Salicylate de magnésie (s'il y a constipation).	20 à 30 centigr.
» » bismuth (s'il y a diarrhée) . .	
Sirop simple.	30 grammes.
Eau	120 —

Si l'on veut remplir les deux indications précédentes, on alternera les deux potions dans l'intervalle des tétées, c'est-à-dire que l'on administrera, une heure après celles-ci, une

fois l'une, une fois l'autre, la même revenant ainsi toutes les quatre heures.

Contre la constipation recourir aux suppositoires à la glycérine solidifiée une fois par jour et en dehors des tétées (2 heures après l'une et avant d'effectuer l'autre).

S'il existe des convulsions, comme dans notre troisième cas, on donnera la potion suivante :

Hydrate de chloral	30 centigrammes.
Sirop de cerises	20 grammes.
Eau	40 grammes.

à raison d'une cuillerée à café chaque heure, pendant trois heures consécutives. On suspendra alors, pour ne reprendre que quelques heures après, si le besoin s'en fait sentir de nouveau, dans les mêmes conditions.

III. — Rachitisme

Définition. — Le rachitisme est une maladie de la nutrition portant plus spécialement sur le système osseux et caractérisée par : 1° diverses incurvations subies par les diaphyses des os longs (tibia, fémur, etc.); 2° la tuméfaction des épiphyses de ces mêmes os (radius en particulier) ; 3° la persistance de la fontanelle antérieure à 2 ans (Trousseau) ; 4° le retard de l'évolution dentaire (Baumel), la carie et la chute précoce des dents, etc., etc.

Il s'agit là d'un *vice d'ossification* se produisant au *moment du développement du squelette.*

Etiologie. — On a beaucoup discuté et l'on discute encore sur la question de savoir quelle est la véritable cause du rachitisme. Cette cause est-elle unique ou multiple, d'ordre chimique ou infectieux, d'ordre purement alimentaire ou pathologique de l'appareil digestif ?

Telles sont encore les diverses et principales questions qui se posent au sujet de la pathogénie de cette maladie. Telles sont celles qui se poseront longtemps encore, si nous

en jugeons par la complexité apportée à la solution d'un problème, pourtant si simple à résoudre à notre avis.

C'est au moment du sevrage et bientôt après celui-ci que l'on observe généralement le rachitisme; parfois plus tôt, parfois plus tard, suivant que le sevrage a été précoce ou tardif. Voilà la raison pour laquelle on a dit et pour laquelle nous répétons que le *rachitisme est une maladie du sevrage.*

Fig. 6. — Appareil dentaire d'un enfant de deux ans et demi, rachitique. Toutes les dents sont cariées et la plupart usées et détruites jusqu'à la racine.

Il consiste en une décalcification ou plutôt en un *défaut de calcification des os.* De là une certaine flexibilité des diaphyses qui leur permet de s'incurver dans certains sens, c'est-à-dire *d'exagérer le plus souvent leurs incurvations normales* (genu valgum pour le fémur ; jambes en C, en X, en K) telles que nous les avons décrites depuis longtemps (1).

Décalcification pour les uns qui, invoquant la théorie de l'acidité sanguine à la faveur surtout de l'acide lactique, s'expliquent ce phénomène par l'action de cet acide sur le phosphate calcaire et tribasique des os qu'il va dissoudre sur place et dont il favorise ainsi l'élimination, le rachi-

(1) Baumel. — Rachitisme, in Leçons cliniques sur les maladies des enfants. Paris, Masson, 1893.

tisme est au contraire pour les autres (nous sommes de ceux-là) un simple défaut de calcification au moment du développement osseux, par digestion, absorption et assimilation imparfaites, comme nous le verrons plus loin.

S'il s'agissait en effet d'une décalcification pure et simple, pourquoi cette maladie, si commune dans l'enfance, ne se rencontrerait-elle pas aussi fréquemment chez l'adulte où la diathèse urique, pour ne parler que de celle-là, acide en général, pourrait bien jouer tout au moins un rôle décalcificateur aussi puissant ?

On a bien essayé de rapprocher l'ostéomalacie du rachitisme; mais, outre qu'elle est très rare, les cliniciens ont toujours voulu, avec juste raison, la séparer du rachitisme proprement dit. Celui-ci se produit toujours en effet *sur des os en développement*, l'ostéomalacie au contraire sur un *système osseux* entièrement développé et adulte. De là l'impossibilité de retrouver même étiologie, même pathogénie et surtout même symptomatologie.

Nous ferons remarquer d'ailleurs que l'on rencontre, chez certains adultes ou même chez certains vieillards, des déformations rachitiques remontant à la plus tendre enfance et que l'on aurait bien tort de qualifier *d'ostéomalaciques*, sous prétexte qu'on les observe à un âge plus ou moins avancé.

Enfin il faudrait trouver de la *phosphaturie* chez les rachitiques. Or, si l'on trouve ce symptôme chez quelques-uns, on ne le rencontre pas chez beaucoup d'autres.

Depuis longtemps nous nous sommes rangé à l'opinion de J.-L. Petit ou opinion française, qui consiste à voir dans le rachitisme la conséquence d'une alimentation vicieuse (1).

Il résulte de nos observations personnelles, nous l'avons dit plus haut, que le rachitisme est d'autant plus précoce que le sevrage ou simplement l'allaitement mixte l'ont été eux-mêmes davantage (2).

(1) L. Baumel. Rachitisme, in Leçons cliniques sur les maladies des enfants. Paris, Masson. 1893.

(2) Baumel. Distribution géographique du Rachitisme. Rapport au congrès international de Moscou — Section de Pédiâtrie, 1897.

Mais il faut voir les raisons étiologiques de cette maladie non-seulement dans la nature des aliments ingérés et dont l'assimilation est plus ou moins difficile, mais aussi et surtout dans les maladies de l'appareil digestif et de ses annexes qui résultent d'une alimentation vicieuse. Nous voulons parler : de la *gastro-entérite*, de la *dilatation de l'estomac et du cœcum*, de la *diarrhée*, de *l'adénopathie mésentérique* ; enfin, nous le voulons bien aussi, des fermentations anormales qui secondairement se produisent dans l'appareil digestif, mais qui ne jouent, dans toute cette pathogénie, qu'un rôle secondaire et effacé.

De sorte que, selon nous, la vraie cause du rachitisme est la *non absorption* et par suite la *non assimilation* des phosphates calcaires, tenant à cet état particulier de l'appareil digestif et de ses annexes (1). Il était facile d'en conclure que l'élimination de ces phosphates devait se faire surtout par les fèces. C'est ce qu'a vérifié, au laboratoire des cliniques de l'hôpital général, avec le concours de M. le professeur agrégé de chimie de Girard, notre ancien aide de clinique M. le Dr Babeau (2).

Il existe pourtant, dans certains cas, une véritable phosphaturie au moins momentanée (Baumel et Œchsner de Coninck) (3).

Loin de l'interpréter par la dissolution des phosphates calcaires tribasiques incrustant les os, nous y verrions plutôt une amélioration du rachitisme, cette élimination par les urines dénotant l'absorption des phosphates, que l'état des os rachitiques ne permet pas d'assimiler en aussi grande quantité qu'à l'état normal.

Œchsner de Conink et moi avons signalé, dans les urines des rachitiques, la présence de pigments diversement

(1) L. Baumel. Loco citato.

(2) J. Babeau. Pathogénie du Rachitisme. Elimination de la chaux par les urines et les fèces. Thèse de Montpellier, 1898.

(3) L. Baumel et Œchsner de Coninck. Contribution à l'étude du rachitisme. Revue de médecine, 10 juillet 1898.

colorés, dus très certainement au mauvais fonctionnement de l'hématopoièse (1).

Fig 7. — Radiographie du membre inférieur gauche d'un enfant de cinq ans, rachitique. Tibia en lame de sabre de cavalerie. Pas de syphilis. Courbure antéro-inférieure identiqne et très prononcée du peroné.

Le foie en effet, la rate, le poumon, le cœur lui-même, ne tardent pas à se mettre de la partie. Leur état s'ajoute aux causes précédentes pour rendre le rachitisme plus intense, plus long et plus difficile à guérir, comme nous le verrons en étudiant sa symptomatologie.

Symptômes. — La tête, le thorax, l'abdomen, mais surtout les membres (supérieurs et inférieurs), doivent attirer l'attention du pédiâtre.

Du côté des membres inférieurs : *genu valgum* par courbure postéro-interne du fémur plus marquée que de coutume ; saillie plus grande de la face antéro-externe de cet os ; jambes en X par rapproche-

(1) L. Baumel et Œchsner de Coninck. — *Loco citato.*

ment exagéré des deux genoux ; en C ou en parenthèse par leur écartement plus intense ; en K lorsqu'un genou est très en dedans, l'autre jambe restant à peu près droite, telles sont les déformations les plus habituelles que l'on observe.

Le tibia présente, tantôt en avant et vers son milieu, une convexité très marquée de son bord antérieur (forme en sabre de cavalerie), tantôt une convexité plus intense de sa face antéro-interne dont le maximum est à peu près au même niveau.

On voit, par suite de ces altérations et déviations du tibia, survenir, dans certains cas, du pied bot rachitique par obliquité de la mortaise tibio-péronière et du pied lui-même tourné, suivant le cas, sur son bord interne ou externe.

C'est surtout aux membres supérieurs et au niveau du poignet que l'on juge de *l'augmentation des épiphyses*, par le développement anormal subi en particulier par l'extrémité inférieure du radius. Cette épiphyse, très spongieuse et de volume normal assez fort, est tellement superficielle qu'elle permet de juger pour ainsi dire, par ses dimensions anormales, du degré du rachitisme en présence duquel on se trouve.

Le thorax est aussi très intéressant à étudier au point de vue des altérations rachitiques qui peuvent s'y produire à un moment donné.

Nous mentionnerons, en première ligne, le *chapelet rachitique* formé par la tuméfaction de l'extrémité antérieure des côtes au niveau de leur insertion au cartilage chondro-costal (articulation chondrocostale). Mais nous signalerons aussi l'*aplatissement de la partie moyenne de ces mêmes os*, aplatissement dont le degré est parfois tel, qu'à la convexité externe et normale du thorax se substitue, sur une étendue plus ou moins grande et d'une façon plus ou moins marquée, une *concavité* réelle résultant d'un véritable enfoncement des côtes vers le poumon.

Cet enfoncement résulte à la fois et de la trop grande flexibilité des côtes, par le fait du rachitisme, et de l'action exercée sur elles par la pression atmosphérique, pression

Fig. 8. — Photographie d'une fillette de 4 ans, très fortement rachitique, vue de face. Thorax très rétréci par dépression intense et latérale des côtés. Gros ventre. Courbure prononcée des fémurs.

dont ne peuvent plus triompher les muscles inspirateurs grâce au jeu ainsi rendu défectueux de la cage thoracique elle-même.

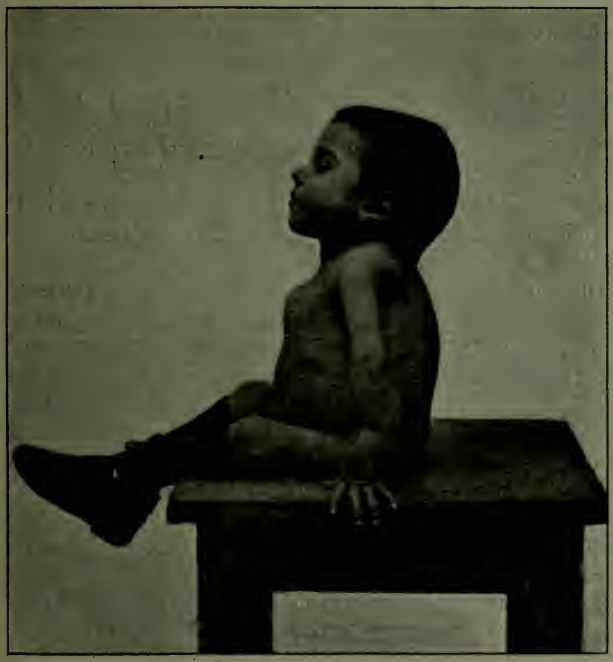


Fig. 9. — Photographie de la même malade, vue de profil. Sternum fortement en carène. Main gauche en dos de fourchette, par fracture consolidée de l'extrémité inférieure du radius.

Par suite de la diminution de capacité du thorax, ainsi produite, le foie et la rate sont refoulés dans l'abdomen. Or, nous avons vu plus haut que, pour des raisons différentes, le volume de l'abdomen était déjà augmenté. Il augmente encore davantage si c'est possible.

C'est même alors que, sous l'influence de cette pression exercée de dedans en dehors, les *fausses côtes* (dont l'ensemble constitue ce que nous appelons volontiers, au lit du malade, les *ailes du thorax*) se soulèvent en avant et latéralement suivant une ligne à peu près horizontale. Cette déformation est rendue plus apparente encore ou du moins plus intense par l'usage de ceintures trop serrées, de tout lien constricteur trop énergique (corset, pantalon, jupes) appliqué à la base du thorax.

On observe aussi quelquefois le sternum en carène (voir fig. 9).

Rarement la colonne vertébrale est atteinte. La scoliose est toutefois une des déformations assez fréquentes que peut y déterminer cette maladie.

On voit parfois des fractures spontanées se produire sur des os *amincis* ou déviés *par le rachitisme*. Nous avons vu, sur un enfant de 3 ans, un tibia présenter en son milieu une fracture *en bois vert*, très appréciable au niveau de son bord antérieur, où existait une encoche très nette, aux limites de laquelle on percevait très bien l'extrémité des deux fragments, supérieur et inférieur, de l'os.

Nous avons observé également une fracture de l'humérus gauche, survenue chez un petit rachitique du même âge, au moment où il fut pris par les bras et ainsi soulevé pour être placé dans une voiture.

Nous avons même été frappé, depuis longtemps, de la *minceur et de l'allongement excessifs des os chez certains rachitiques, de leur épaisseur et de leur tassement énormes chez certains autres*. Les diverses périodes de la croissance pourront peut-être un jour nous rendre compte de ces différences actuellement inexpliquées.

La tête présente aussi certains symptômes pathognomoniques de rachitisme. De ce nombre sont certaines déformations du maxillaire inférieur : obliquité de la branche montante, saillie exagérée de la partie antérieure et médiane du corps de l'os donnant à la face un aspect simien des plus marqués, élargissement du front (olympien) mais surtout des

côtés (bosses pariétales) et mieux encore de la partie postérieure (bosses occipitales) du crâne. Nous y ajouterons : certaines déformations des dents (forme en tire-bouchon, état unicuspidé), leur carie précoce, leur *sortie tardive* qui, *à elle seule, est pour nous un symptôme suffisant de rachitisme.*

Nous ne devons point non plus passer sous silence la persistance de la fontanelle antérieure à l'âge de deux ans,

Fig. 10.— Radiographie, du membre supérieur gauche de la même malade, montrant la fracture consolidée de l'extrémité inférieure du radius (partie noire située au bas de la figure) ainsi que la situation respective et la direction des os de l'avant-bras, du poignet et de la main. *Main en dos de fourchette.*

dont Trousseau faisait avec raison, en dehors de toute autre manifestation rachitique, un *signe pathognomonique de cette maladie.*

Certains auteurs ayant été frappés de la dilatation vasculaire que l'anatomie pathologique révèle assez souvent dans les os rachitiques, ont voulu voir là la preuve d'un état inflammatoire (ostéite). Nous croyons qu'il s'agit, dans l'espèce, plutôt d'une dilatation vasculaire simple, que favorise suffisamment la diminution de consistance de l'os et que

doit accroître la gêne circulatoire résultant des déviations et déformations osseuses elles-mêmes.

On observe, parfois, le *rachitisme congénital*. Nous ne

Fig. 11. — Membres inférieurs d'une fillette de quatre ans et demi, rachitique (reproduction d'après moulage).
Os et membres longs, grêles et amincis. Forte pointe angulaire du tibia en avant.

l'avons vu qu'une seule fois, chez *l'enfant d'une aliénée elle-même rachitique*. Nous avons constaté quelquefois le rachitisme, rarement il est vrai, chez des nourrissons allaités par des nourrices phosphaturiques, dont le lait était pauvre en phosphates.

Un de mes plus brillants élèves, M. le Dr Fonzes-Diacon, aujourd'hui professeur agrégé à l'Ecole supérieure de Pharmacie, a fait à ce sujet, sur une malade de mon service, des recherches des plus intéressantes (1).

C'est dans ces cas que le phosphate de chaux, administré à la nourrice, peut être de la plus grande utilité au nourris-

Fig. 12. — Membres inférieurs d'une fillette de quatre ans et demi, rachitique (reproduction d'après moulage).
Os et membres gros, tassés et courts. Forte concavité interne des tibias.

(1) Fonzes-Diacon. Elimination des sels alcalino-terreux dans un cas d'ostéomalacie (Bulletin de la Société Biologique, 1893, p. 528). Dans les urines de cette nourrice ostéomalacique le rapport entre le phosphate neutre de magnésie et le phosphate tricalcique était de 1 à 1 au lieu de 2/3 à 1/3 (Yvon).

son. Cette loi ne doit point être trop généralisée en thérapeutique et appliquée surtout à toute espèce de médicaments.

Nous avons rencontré parfois le *craniotabes*, décrit surtout par les Allemands et que caractérise une minceur excessive des os, de l'occipital en particulier, ayant pour conséquence des accidents nerveux et laryngés des *plus intenses*. L'occipital donne parfois, dans ces conditions et à la compression digitale, la sensation d'un parchemin que l'on déprime et qui revient ensuite à sa position première avec un petit bruit de claquement.

Certaines déformations rachitiques peuvent survenir également du côté du bassin et constituer ce que les accoucheurs appellent le bassin rachitique. Ce sont eux qui, connaissant les cas graves de dystocie provoqués par ces déformations, souscriront volontiers à notre manière de voir qui consiste à dépister de bonne heure et à traiter aussitôt énergiquement le rachitisme. Ce dernier peut, à un moment donné, compromettre la vie de la parturiente, en même temps qu'il fait courir, à la naissance, les plus grands dangers à chacun de ses enfants.

Chez le rachitique, on constate parfois, que les mouvements imprimés aux membres sont douloureux. La douleur est souvent provoquée par le moindre contact. L'enfant refuse de marcher, de se tenir debout, etc.

Le *cœur forcé* et toutes les conséquences de l'asystolie (foie cardiaque, etc.) résultent fréquemment des déformations thoraciques déjà décrites et de la gêne, respiratoire et circulatoire, qu'elles déterminent.

Il ne faut pas s'attendre à rencontrer toujours le tableau symptomatique complet du rachitisme. On voit parfois des *formes ébauchées*, *frustes* pour ainsi dire, *des rachitismes partiels*, céphaliques, thoraciques, du bassin ou même des membres, sur lesquels un de mes élèves, M. le Dr Sauze, a particulièrement attiré l'attention dans sa thèse inaugurale (1).

(1) Sauze. Rachitisme. Difficultés de son diagnostic. Ses formes frustes. Thèse de Montpellier. 1899.

Diagnostic. — Reconnaître le rachitisme, après la description détaillée que nous avons faite de ses symptômes, est chose relativement facile. La maladie de Barlow, ou rachitisme hémorrhagique, est la seule avec laquelle on pourrait sérieusement le confondre. Nous l'étudierons plus loin.

Un peu d'attention permettra vite d'en distinguer chez le tout jeune enfant, nourrisson par exemple, le rhumatisme articulaire aigu et les déformations osseuses qui l'accompagnent.

Nous avons observé ce dernier une seule fois et nous avons été frappé de l'intensité des phénomènes articulaires, habituellement absents dans le rachitisme.

Pronostic. — Le pronostic est généralement bénin. Il sera plus grave lorsque le diagnostic ne sera porté que tardivement et que se seront produites des déformations déjà considérables et par suite difficiles à guérir.

Traitement. — Le traitement du rachitisme comprend trois indications fondamentales à remplir, qui sont : 1° atténuer les lésions et les troubles gastro-intestinaux ; 2° favoriser la digestion, l'absorption et l'assimilation ; 3° fournir aux os le phosphate calcaire qui leur est nécessaire et qui leur fait défaut dans cette maladie.

Aux deux premières indications on répondra par la prescription du *régime lacté absolu.*

Le lait sera donné *toutes les 3 heures seulement* et à *l'exclusion de tout autre aliment, solide ou même liquide.*

Le gros ventre, sous son influence, diminuera de jour en jour. On en jugera par la mensuration périodique (tous les 8 jours par exemple) de son périmètre, en passant par l'ombilic et la région lombaire. Encore faudra-t-il ne pas donner à un enfant deux et trois litres de lait en 24 heures, ainsi que nous l'avons vu faire bien souvent. Un litre ou un litre et demi seront généralement suffisants.

On n'autorisera d'autres aliments, liquides ou demi-liquides (chocolat, potages, soupes, purées, œufs, etc.), que lorsque l'amélioration abdominale sera grande pour ne pas dire considérable.

On *proscrira* la viande, sous toutes ses formes, de l'alimentation des rachitiques. Sa mastication, incomplète d'ordinaire chez l'enfant, et sa faible teneur en phosphates la rendent beaucoup plus nuisible qu'utile. C'est avec une alimentation carnée exclusive que Tripier, de Lyon, put expérimentalement rendre rachitiques de jeunes animaux (chiens). Si on l'autorise, à un moment donné dans le rachitisme, ce sera sous forme de viandes blanches et à condition de la couper ténue et de recommander *à tout moment*, pendant le repas, la parfaite mastication au petit malade.

Aussi longtemps que durera la maladie et même un certain temps après (plusieurs mois au moins) on prescrira des phosphates calcaires.

Comme les sels de chaux sont insolubles ou peu solubles on préfère les employer sous la forme de lacto ou de chlorhydro phosphates de chaux (1). Les acides, lactique ou chlorhydrique, n'ont ici qu'une action, purement dissolvante, les phosphates étant facilement solubles dans une solution acide. Les préparations de lacto ou de chlorhydrophosphate de chaux, que nous prescrivons, sont à 5 °/₀ et sous forme de sirop pour les plus jeunes enfants, de solution aqueuse pour les plus grands.

Le sirop est administré seul, dans l'intervalle du lait ; la solution, dans l'eau et le vin, au repas (de 10 à 40 grammes par jour, suivant l'âge, et en deux fois).

Nous avons guéri autrefois le rachitisme avec des préparations insolubles, certainement rendues solubles et absorbables à la faveur du suc gastrique.

Le glycérophosphate de chaux est le moyen auquel nous accordons aujourd'hui notre préférence, à la dose de 1 à 20 centigrammes par 24 heures, dans la boisson.

Nous ne dirons rien des substances grasses, du beurre, de l'huile de foie de morue, préconisés jadis et par quelques auteurs modernes dans le traitement du rachitisme. Ils ne

(1) Voir, à ce sujet, le travail de M. le Professeur Ville, intitulé : *Des phosphates de chaux*, *in Gaz. hebd. des Sc. médicales*, Montp. 1891.

nous ont jamais rendu de bien grands services. Ils nous paraissent même devoir, jusqu'à un certain point, porter atteinte à l'intégrité des fonctions digestives, à l'absorption et à l'assimilation.

Il en est de même du phosphore, préconisé par Kassovitz et qui a déterminé, dans ces derniers temps, quelques empoisonnements.

Il en est tout autrement, à notre avis, de l'air marin pour les enfants au dessous de deux ans, des bains de mer pour ceux qui sont plus âgés.

Ce traitement marin, résolutif par excellence, active la nutrition ; il est un sérieux adjuvant du traitement que nous avons recommandé.

On ne devra point obliger les petits rachitiques à marcher ou à se tenir longtemps debout, surtout s'ils s'y refusent. Il sera préférable de les laisser allongés, sur une couverture par exemple, ou assis. Il demanderont eux-mêmes à marcher aussitôt qu'ils le pourront et que la station debout ne leur sera point douloureuse.

IV. — Hémophilie. — Maladie de Barlow ou Rachitisme hémorrhagique

Définition. — On désigne sous le nom d'hémophilie ou de diathèse hémorrhagique un *état* généralement *héréditaire*, caractérisé par une tendance très marquée aux hémorrhagies, qui se produisent par les voies les plus diverses.

Etiologie. — Une obscurité assez grande règne encore de nos jours sur la nature première de ces accidents, que les uns considèrent comme *d'origine infectieuse* et comme dus à des embolies ou à des infarctus de même ordre, que d'autres regardent comme la conséquence d'une *altération vasculaire primitive*, nous pourrions même ajouter : d'une *composition sanguine spéciale.*

Jusqu'à plus ample informé et en nous basant uniquement sur nos observations personnelles, il nous semble que, parmi

les causes susceptibles d'être le plus souvent incriminées dans l'hémophilie, figurent, au premier rang, la syphilis et la malaria, quelquefois même l'impaludisme héréditaire.

Symptomatologie. — On a vu, dans l'hémophilie, les hémorrhagies les plus diverses se produire par les voies les plus différentes (peau, muqueuses).

Pour certains auteurs l'omphalorrhagie et le mélœna des nouveau-nés doivent figurer parmi les manifestations possibles de cet état diathésique héréditaire.

Très rarement nous avons observé des faits de ce genre. Nous avons vu toutefois un nouveau-né succomber avec du mélœna, sans qu'il nous ait été permis de savoir, faute de renseignements suffisants, s'il s'agissait bien là d'un cas d'hémophilie.

L'épistaxis est souvent la manifestation commune et banale de l'hémophilie. Il faut toutefois se méfier de sa fréquence ordinaire chez le nourrisson atteint de coryza syphilitique, comme chez l'enfant de tout âge surtout au moment de l'évolution dentaire.

Elle se produit, dans ce cas, du *côté même de l'évolution la plus intense*, ainsi que nous l'avons observé bien souvent, et cela, par suite d'une congestion de la pituitaire correspondante, congestion analogue à celle qui survient chez l'adulte au cours de la névralgie dentaire due à la carie, sans que cependant cette dernière donne lieu aussi fréquemment à un tel symptôme.

On s'explique à la rigueur que chez l'enfant, où la délicatesse des tissus en général et du tissu vasculaire en particulier est si grande, puissent plus facilement se produire ces épistaxis, si l'on tient compte surtout de l'action des doigts et des ongles sur la pituitaire, lors des démangeaisons fréquentes dont le nez est le siège dans ces conditions spéciales.

Nous avons vu ces hémorrhagies, uni ou bilatérales suivant leur siège antérieur ou postérieur et leur abondance plus ou moins grande, survenir au cours de la santé la plus parfaite, comme aussi pendant l'évolution ou la convalescence

de certaines maladies, l'anémie venant alors favoriser leur production.

Nous les avons vues, par exemple, se produire à la fin d'une pleurésie gauche, résultant elle-même d'une rougeole. On pourrait, dans ces cas, ne voir là qu'un phénomène critique de la maladie première. Il n'en est rien le plus souvent et c'est beaucoup plutôt un signe d'évolution dentaire jusque là interrompue, signe favorable peut-être, mais non point critique dans toute l'acception du mot.

Les hémoptysies ne sont pas souvent signalées chez l'enfant. Nous ne les avons guère observées, en ce qui nous concerne, que dans la tuberculose pulmonaire (ce qui est en dehors de notre sujet). Nous les avons vues toutefois dans un cas fort remarquable d'hémophilie chez une enfant de notre service, âgée de 2 ans 1/2, chez laquelle ces hémoptysies, qui se produisirent à la fin d'une bronchopneumonie, persistèrent un très long temps, plus de quatre mois (1).

Ce qui nous mit sur la voie du diagnostic *hémophilie*, ce furent : l'absence de toux et de lésions pulmonaires à l'auscultation, dans l'intervalle des hémoptysies ; l'apparition d'un peu de sang dans les fèces, qu'une légère chute du rectum pouvait jusqu'à un certain point expliquer ; puis, l'hématurie, les épistaxis survenues à un moment donné ; enfin certaines ecchymoses sous-cutanées, que nous constatâmes sur les membres inférieurs.

Ce furent en même temps les commémoratifs. La mère de cette enfant, que nous avions avec elle dans le service, nous raconta que, plusieurs années auparavant, elle avait eu elle-même des *hémoptysies qui avaient duré 6 mois*. Or, l'auscultation ne nous a jamais révélé, chez elle, l'existence de la moindre lésion broncho-pulmonaire.

L'histoire pathologique de cette famille ne nous est pas connue davantage.

(1) L'observation de cette petite malade est rapportée tout au long dans la thèse de M. le Dr A. Vigouroux, sur : *l'Hémophilie chez l'enfant*. Montpellier, 1900, p. 28 et suivantes.

Un fait à retenir et que corroborent d'ailleurs nos observations, c'est que l'hémophilie s'observe principalement chez la petite fille, conformément à l'opinion de ceux qui signalent cette maladie comme étant souvent l'apanage exclusif, dans une même famille, des enfants du sexe féminin.

Nous avons eu, dans notre service à l'hôpital suburbain, un enfant de 14 mois, entré pour la gale, qu'il avait contractée en nourrice depuis l'âge de 3 mois, époque à laquelle sa mère n'avait pas pu continuer à le nourrir elle-même.

Cette femme nous raconte qu'ayant habité l'Algérie, elle y a contracté *les fièvres intermittentes*, qu'elle a rapportées en France. Elle les garda pendant 5 ans environ. Le dernier accès remonte à trois ans. Elle est actuellement atteinte de syphilis avec adénite cervicale et alopécie.

Pour être complet nous ajouterons qu'en Algérie elle a présenté des signes d'aliénation mentale avec somnambulisme.

Or, ses trois premiers enfants, conçus pendant qu'elle avait les fièvres intermittentes, sont morts, le premier 23 jours après sa naissance, sans cause connue, les deux autres (*deux filles*), *d'hémorrhagie* ; l'une d'elles a succombé à la suite d'une otorrhagie survenue pendant que l'enfant, âgée de 20 mois, était dans un bain. Cette otorrhagie résista à tout traitement. L'autre mourut à l'âge de 15 mois, à la suite d'un *bouton* survenu à la cheville. Ce bouton saigna et l'hémorrhagie qui se produisit ainsi ne put être arrêtée, ce qui entraîna la mort de l'enfant (1).

Il semble donc que l'impaludisme, même des générateurs, ait une influence considérable sur la production des hémorrhagies en général et sur celle de l'hémophilie en particulier.

Si nous rapprochons de ces faits la demande écrite qui nous fut adressée certain jour, par un docteur d'Algérie (ancien médecin militaire), sur l'opinion que nous nous faisions de l'hémophilie et sur le traitement que nous insti-

(1) Ces faits sont également consignés dans la thèse du Docteur A. Vigouroux, déjà citée.

tuions contre elle nous verrons que les pays paludéens sont ceux qui, plus que les autres, donnent lieu à cette maladie.

Je n'ai connu qu'une autre famille d'hémophiliques. Elle était originaire de Cette. Deux des enfants sur trois étaient morts hémophiliques ; l'un d'eux, même, à la suite de la section du filet de la langue. La simple avulsion d'une dent ou l'incision d'une gencive (enfant de docteur cité par Bouchut) peuvent amener un pareil résultat.

Nous avons vu aussi, chez une fillette anémique, des hématuries que le froid produisait presque régulièrement jusqu'à l'âge de 12 ans. Elle en a aujourd'hui 15. Elle est menstruée, *anémique* encore, mais de bonne santé apparente. Nous la croyons en outre syphilitique héréditaire.

Enfin nous avons communiqué au congrès de Pédiatrie de Bordeaux (1895), en collaboration avec M. Boïadjieff, le cas d'un enfant atteint *d'ictère bronzé hémaphéique du noureau-né, avec indicanurie, suivi de guérison* (1), dont la mère, jeune Bulgare, avait eu dans son pays les fièvres intermittentes. Six jours avant l'accouchement, une hémorrhagie utérine avait eu lieu, laquelle, par affaiblissement des oxydations intra-hépatiques chez le fœtus, avait pu contribuer à produire la maladie.

Tous ceux de ces malades que nous avons soignés ont parfaitement guéri.

Maladie de Barlow. — Nous avons rapproché de l'hémophilie la maladie de Barlow qui n'est après tout, pour bien des auteurs, qu'un rachitisme hémorrhagique.

On a beaucoup discuté, dans ces derniers temps, sur l'origine de cette maladie que quelques-uns attribuent au lait stérilisé.

Nous voulons bien admettre que l'allaitement artificiel donne, plus facilement que l'allaitement naturel, le rachitisme. Rien d'étonnant à ce que le rachitisme hémorrhagique,

(1) C'est là un cas rare de guérison de la maladie de Winkel, considérée à tort comme toujours mortelle.

ou maladie de Barlow, paraisse se développer plus facilement sous l'influence de l'allaitement artificiel chez des enfants peut-être de souche hémophilique. Mais la stérilisation du lait bien faite ne nous paraît *à priori* jouer aucun autre rôle spécial dans sa pathogénie.

C'est dans les premiers mois de la vie que survient ce rachitisme hémorrhagique, dans les conditions précitées. Nous avons dit ailleurs que le rachitisme simple lui même est d'autant plus précoce que le sevrage ou l'allaitement artificiel le sont eux-mêmes davantage.

Diagnostic. — Il ne faudra pas confondre avec l'hémophilie les hémorrhagies, même répétées, et surtout l'épistaxis si fréquente chez l'enfant pour les raisons sus énoncées, que nous pouvons qualifier de banales.

L'analyse des urines devra être faite dans tous les cas, pour être bien certain que les hémorrhagies en présence desquelles on se trouve ne sont le fait ni d'une néphrite, ni surtout de l'albuminurie.

La coexistence ou la succession d'hémorrhagies de siège différent, d'ecchymoses diverses, enfin les commémoratifs pourront être, au point de vue diagnostique, de la plus grande utilité.

Pronostic. — Le pronostic de l'hémophilie, comme de la maladie de Barlow, est toujours grave, sans que toutefois (nous l'avons vu pour les faits pourtant assez intenses et variés qui nous sont personnels) l'issue fatale doive être considérée comme la règle générale, surtout si le traitement est bien conduit et précocement institué.

Traitement. — On doit recourir tout d'abord aux toniques analeptiques, c'est-à-dire alimentaires. Le lait, chez les plus jeunes surtout, pris toutes les trois heures, doit constituer la nourriture à peu près exclusive. Or, l'hémophilie ne s'observe guère que chez des enfants peu âgés et généralement même au-dessous de 4 ans, sauf certains cas tout à fait exceptionnels.

Dans la seconde enfance, sans recourir au régime lacté exclusif, on peut prescrire le régime mixte et donner, avec

du lait le matin et l'après-midi par exemple, des potages, des œufs, des purées, des viandes blanches, etc., etc., aux repas de midi et du soir.

On doit éviter les dissolvants sanguins (alcalins). Les acides ne nous ont jamais rendu de bien grands services. Quant au vinaigre, nous le proscrivons généralement.

Contre les hémoptysies, l'ergotine et surtout les préparations ferrugineuses nous ont paru agir bien plus efficacement, comme elles l'ont fait d'ailleurs contre la plupart des manifestations hémorrhagiques, quels qu'en fussent le siège, la fréquence ou l'intensité.

C'est surtout en présence des hémoptysies, qu'il est utile de faire, d'avec la tuberculose pulmonaire, un diagnostic différentiel aussi exact que possible ; on n'aura pas ainsi à regretter plus tard d'avoir activé, par l'emploi du fer ou de ses dérivés, une tuberculose qu'on aurait prise pour une hémophilie. Contre cette dernière les ferrugineux nous ont toujours admirablement réussi.

Chez les tout jeunes enfants, on peut donner le fer en sirop (sirop d'iodure de fer, 1 à 4 cuillerées à café par vingt-quatre heures suivant l'âge). Dans la seconde enfance, le fer réduit par l'hydrogène (une pincée à chaque repas) ou les pilules Rabuteau au protochlorure de fer (une matin et soir), continués pendant plusieurs mois, sont on ne peut plus utiles.

V. — Purpura. — Maladie de Werlhof. — Scorbut infantile

Définition. — On désigne sous le nom de purpura (1) des manifestations ecchymotiques cutanées consistant en de toutes petites taches rouges, irrégulières, d'un ou plusieurs milli-

(1) Voir pour l'étude générale de cette question, l'excellente thèse d'agrégation de M. le Dr du Castel, sur : les diverses espèces de purpura. Paris, O. Doin, 1883.

mètres de diamètre, que l'on rencontre dans bien des états morbides.

Etiologie. — Ces manifestations, le plus souvent secondaires, sont d'ordre purement symptomatique en général et se rencontrent de préférence dans les maladies infectieuses.

Nous citerons tout d'abord le purpura que l'on observe dans certaines formes, dites hémorrhagiques, de la plupart des fièvres éruptives (rougeole, variole, scarlatine).

Il semble, sans que nous soyons encore parfaitement fixés à cet égard, que ces manifestations ou complications, redoutables et souvent mortelles des fièvres éruptives, tiennent moins à la maladie elle-même, au cours de laquelle on les rencontre, qu'au terrain sur lequel elles se manifestent.

L'obscurité qui entoure ce problème fort délicat tient à l'ignorance dans laquelle nous sommes à l'égard des microorganismes qui déterminent ces maladies et qui nous sont encore inconnus.

Certains auteurs ont voulu voir, dans les formes hémorrhagiques des fièvres, l'effet d'une intensité, plus grande qu'à l'ordinaire, de l'élément infectieux qui les produit. Nous croyons être dans le vrai en indiquant le rôle prépondérant que nous paraît jouer le terrain, et cela, qu'il s'agisse d'une association de maladies infectieuses (tuberculose et variole par exemple); que l'on se trouve en présence d'une néphrite avec ou sans albuminurie, du diabète ou de bien d'autres affections locales ou générales (anémie, maladie du système nerveux, etc.).

Purpura simplex. — En dehors de cette complication grave des fièvres éruptives, le purpura peut être observé isolément et à l'état simple : *purpura simplex.* On invoque le plus souvent, sans que cela soit toujours parfaitement démontré, l'existence de certaines infections particulières et spécialement digestives.

Nous savons que certaines altérations nerveuses, principalement périphériques, peuvent lui donner naissance (névrite, sciatique, etc.).

Maladie de Werlhof. — Mais à côté de ces formes de pur-

pura banales, communes et passagères ou au contraire localisées et persistantes mais toujours symptomatiques, vient prendre place une forme, qui mérite d'attirer plus spécialement l'attention. Nous voulons parler de ce que l'on est convenu de désigner sous le nom de *maladie tachetée de Werlhof* ou, tout simplement, *maladie de Werlhof* et qui se caractérise par des taches ecchymotiques siègeant sur n'importe quel point du corps, spécialemennt toutefois sur les membres inférieurs, mais aussi sur le tronc (l'abdomen en particulier, plus rarement le thorax), enfin sur les membres supérieurs et la tête.

Ce qu'il y a de remarquable, dans la maladie de Werlhof, c'est que les malades doivent garder le repos, à peu près absolu, jusqu'à guérison complète. La station debout, nous l'avons nous-même observé bien souvent, suffit pour augmenter l'éruption purpurique, principalement celle des membres inférieurs.

Comme on le voit, il y a là une action toute mécanique, qui s'ajoute à la cause infectieuse, vitale ou dynamique, L'anémie profonde coexiste d'ordinaire avec la maladie de Werlhof qu'elle précède et prépare le plus souvent.

Des hémorrhagies peuvent se produire par les diverses voies. Nous avons vu fréquemment survenir l'épistaxis.

Tout récemment encore, nous avions dans le service un enfant de 14 ans, atteint de maladie de Werlhof pour la troisième fois, qui a présenté, au cours de celle-ci, non seulement de fréquentes épistaxis, mais encore des entérorrhagies abondantes, précédées de fortes coliques, enfin des hématuries très intenses. Ce malade, qui avait deux grammes d'albumine par litre dans ses urines, au moment de son entrée à la clinique des maladies des enfants, en présentait encore, après six mois de traitement, 40 centigrammes pour la même quantité de liquide urinaire.

Cette albuminurie nous a paru liée à une néphrite hémorrhagique, peut-être aggravée par la rougeole dont le malade fut atteint à 8 ans, époque à laquelle pour la seconde fois il présentait la maladie de Werlhof, qu'il avait eue pour la

première fois à six ans. Il était en outre porteur de larges taches de vitiligo disséminées sur divers points du corps partie antérieure du thorax et de l'abdomen, face interne des genoux, partie supérieure des tibias, flancs, région dorsale, trajet de la colonne vertébrale, etc.) Ces taches avaient, les premières, de 5 à 8 centimètres de diamètre; les dernières, de 2 à 3 seulement.

Le vitiligo était fort atténué au moment où le malade sortit de l'hôpital, entièrement guéri de sa maladie de Werlhof.

On a décrit, suivant ses associations symptomatiques, diverses formes de purpura, signalées par Weill (1), ce sont : 1° la maladie de Werlhof; 2° le purpura avec œdème des membres; 3° les purpuras avec troubles digestifs; 4° une forme rénale; 5° la péliose rhumatismale ou purpura exanthématique rhumatoïde; 6° une forme fébrile; 7° enfin, une forme typhoïde.

Les palpitations de cœur sont fréquemment observées au cours de cette maladie, pendant laquelle se manifestent aussi, communément, des arthralgies ou douleurs articulaires, telles qu'on les observe dans le scorbut chez l'adulte. Il s'agit donc bien là, semble-t-il, d'un *scorbut infantile.*

Diagnostic du scorbut infantile. — Lorsque ces douleurs articulaires surviennent, il peut se produire deux causes d'erreur.

La première c'est que le médecin songe à l'existence possible d'un rhumatisme articulaire, aigu ou chronique. C'est d'ailleurs ce qui a valu à cette forme de la maladie le nom de péliose rhumatismale. L'absence habituelle de fièvre d'une part, la présence de l'éruption purpurique d'autre part, mettront aisément sur la voie du diagnostic.

La deuxième cause d'erreur c'est que le pédiâtre croit se trouver en présence de ces douleurs *osseuses de croissance*, si fréquentes et qu'un de nos élèves, M. le Dr G. Daudé, a tout

(1) Weill (de Lyon), Médecine Infantile. Paris, O. Doin, 1900, pages 80 et 81.

récemment étudiées dans sa thèse inaugurale (1). Elles peuvent bien sans doute, exceptionnellement, intéresser l'articulation elle-même, mais le *plus souvent*, ainsi que nous l'avons maintes fois observé, elles prédominent au *niveau du cartilage juxtaépiphysaire* (qui sépare la *diaphyse* de l'extrémité osseuse ou *épiphyse*), aussi bien au dessus qu'au dessous de l'articulation déclarée douloureuse par le malade.

Pronostic. — A l'inverse du pronostic de l'hémophilie en général et du purpura compliquant les fièvres éruptives, celui de la maladie de Werlhof et du scorbut infantile est ordinairement bénin, à condition toutefois que, le diagnostic étant porté de bonne heure, le traitement soit institué le plus tôt possible.

Si l'on veut bien se rappeler cet état de faiblesse générale qui accompagne la maladie de Werlhof ou le scorbut infantile, on comprendra que la complication hémorrhagique des fièvres éruptives soit redoutable en ce sens que les réactions organiques, l'éruption et par suite l'élimination des substances toxiques et microbiennes, sont de ce fait considérablement entravées, d'où intoxication consécutive et mort habituelle.

Etiologie et pathogénie. — On a voulu faire de la maladie de Werlhof, comme du purpura et du scorbut en général, une maladie infectieuse. Mais la nature de cette infection ne nous est point encore parfaitement connue. Il nous semble qu'ici, comme en bien des points, la clinique et l'observation rigoureuse des faits peuvent nous mettre sur la voie de cette *infection spéciale*, à supposer qu'elle existe réellement.

Nous avons, il n'y a pas bien longtemps, soigné et guéri, dans notre clinique des maladies des enfants à l'hôpital suburbain, une jeune fille de 12 ans présentant le tableau complet de la maladie de Werlhof avec, ce qui est à noter, un *léger œdème* des membres inférieurs.

Elle habitait un pays fortement maremmatique. Elle *n'a jamais eu* toutefois les *fièvres intermittentes*. D'un autre

(1) G. Daudé. Contribution à l'étude des douleurs osseuses de croissance. Thèse de Montpellier, 1899.

côté, sa nourriture était surtout composée d'*anchois* et de *vinaigrettes*.

Quelle a été la cause unique ou multiple de la maladie dans ce cas particulier ? Faut-il y voir une action purement maremmatique sans fièvre ? Doit-on négliger l'influence du chlorure de sodium contenu dans l'air respiré et celle de l'anémie résultant de l'alimentation particulière à cette enfant, comme aussi l'action spécialement nocive des substances alimentaires ingérées, non seulement sur l'appareil digestif et l'organisme tout entier, mais encore et principalement sur le sang et les organes hématopoiétiques ? Je ne le pense pas.

Avant d'accuser des infections, il faut être certain qu'elles ont un rôle quelconque à jouer dans la production d'une maladie donnée. Il faut en préciser la nature et l'origine. Jusque-là tout est problématique et obscur, tout est hypothèse et non certitude.

C'est en étudiant cliniquement et expérimentalement à la fois l'étiologie de la maladie de Werlhof, que nous arriverons à nous faire une idée aussi précise, aussi nette et aussi claire que possible de son étiologie encore incertaine, il faut le reconnaître, mais dont les voiles qui l'entourent ont une certaine tendance à être levés. Telle est, du moins, notre conviction formelle et absolue.

Bien des éléments infectieux ont été incriminés jusqu'à ce jour. Ce sont, nous dit M. le Dr Weill (de Lyon) : le staphylocoque, le streptocoque, le microcoque de Martin de Gimart, un pneumocoque de Claisse, le bacille de Letzerich, etc.

Tout récemment M. A. Lewine (1) vient de rapporter le scorbut, non au germe spécifique décrit par Babes, mais au Bacillus hœmosepticus trouvé par Koch dans les eaux de saumure et à l'influence de l'alimentation prolongée par les salaisons.

Nous serions d'autant plus porté à admettre une telle

(1) A. Lewine. Arch. des Sciences biologiques de St-Pétersbourg, VIII, 3, et Semaine médicale, 14 décembre 1901, p. 409.

influence, au nom des observations qui nous sont personnelles, que, chez la jeune fille de 12 ans, dont nous avons parlé plus haut, nous avions noté une semblable alimentation et que le garçon de 14 ans, interrogé par nous à ce point de vue, nous a déclaré que, peu de temps avant sa maladie, il avait mangé des harengs gâtés et ayant mauvais goût au point qu'il n'avait pu les terminer.

Traitement. — Contre le purpura symptomatique et compliquant la plupart des fièvres éruptives, les toniques et en particulier l'hydrothérapie, principalement les bains froids (surtout s'il y a hyperthermie), ont été conseillés. Si quelques succès ont pu être attribués à l'emploi de ce second moyen, il faut reconnaître que, dans l'immense majorité des cas, il est inefficace s'il n'est pas nuisible. Nous aurons à y revenir ultérieurement quand nous nous occuperons des fièvres éruptives et de leurs complications possibles.

Contre le purpura simplex et celui qui est symptomatique d'une maladie nerveuse (sciatique par exemple), quelques antiscorbutiques (sirop de raifort, de cochléaria, jus d'orange, chez les tout jeunes enfants ; jus de citron, salade de cresson, chez les plus grandets) suffisent le plus souvent.

A ces moyens peuvent être utilement ajoutés les toniques généraux, tels que le quinquina, en sirop ou en décoction et dans le lait.

Les reconstituants (glycérophosphate de chaux, arséniate de soude en solution et aussi dans le lait) sont parfaitement indiqués dans ces cas.

Mais tous ces moyens, qui jouent un rôle plus ou moins utile d'adjuvants, ne sont rien, au point de vue de leur efficacité, à côté du fer et de ses diverses préparations, dont nous avons déjà parlé au sujet de l'hémophilie et pour l'emploi desquels nous renvoyons au chapitre précédent.

L'important c'est de ne point oublier, pour la médication martiale appliquée à l'enfant, que, comme chez l'adulte, le traitement doit être longtemps continué (des semaines et des mois) même quand le malade paraît guéri, sous peine de s'exposer à voir reparaître facilement et à tout propos les

mêmes accidents, surtout si l'enfant est placé dans les mêmes conditions hygiéniques antérieures.

Il est évident que les toniques analeptiques (nourriture bonne et bien administrée) sont les premiers de tous les moyens à employer. Les meilleurs médicaments ici comme ailleurs, nous aurons maintes fois l'occasion de le répéter, resteraient sans cela le plus souvent, sinon toujours, absolument inefficaces.

VI. — Anémie

Définition. — L'anémie (α privatif, αιμα sang) est une altération du liquide sanguin, consistant en la diminution du nombre des globules rouges ou, simplement, de leur matière colorante ou hémoglobine.

Elle est caractérisée par une pâleur excessive des téguments, des palpitations de cœur, un essoufflement facile, parfois même de l'œdème des membres inférieurs.

Etiologie. — A proprement parler il n'y a pas d'anémie primitive. Elles sont toutes secondaires et reconnaissent, comme étiologie, les causes les plus diverses.

On la voit coexister avec les *hémorrhagies* ou les suivre.

Elle est souvent la conséquence de la gastro-entérite aiguë ou chronique, soit qu'il existe encore des vomissements ou surtout de la diarrhée, soit qu'il ne reste plus que les conséquences de l'inflammation de la muqueuse digestive, non seulement au niveau de cette dernière (glandes, villosités, etc.) mais encore du côté du tube digestif lui-même (dilatation gastrique, cœcale), des lymphatiques, des ganglions mésentériques, enfin du péritoine. Et nous ne parlons pas de la veine porte ni du foie qui, ainsi que nous le verrons plus loin, peuvent subir une double atteinte : l'une directe et d'origine gastrointestinale (infectieuse ou toxique le plus souvent), l'autre indirecte (foie cardiaque). Et nous ne parlons pas non plus du gros ventre, tel qu'on le rencontre souvent en coexistence avec le rachitisme ; nous l'avons indiqué plus haut.

La *convalescence* des maladies aiguës, infectieuses, fébriles et plus ou moins courtes d'ordinaire (fièvres éruptives, malaria, rhumatisme, fièvre typhoïde etc.), et *a fortiori* celle de certaines maladies chroniques (gastro-entérite, etc.), toujours plus ou moins longues, sont des causes fréquentes et communes d'anémie.

La *croissance* elle-même joue un rôle parfois considérable dans la production de cette maladie. C'est surtout vers l'âge de 7 ans ou de 14, mais aussi avant et après, quelquefois même dans l'intervalle de ces deux époques, que l'on observe cette anémie, appelée par nous de *croissance* et qui s'explique si aisément lorsque, l'absorption et l'assimilation, sinon la digestion, laissent à désirer comme ci-dessus. A plus forte raison en sera-t-il de même si l'on y ajoute *l'alimentation vicieuse*, si commune dans l'enfance. La production de l'anémie s'explique facilement encore, dans ces conditions, par l'accroissement que subissent les divers départements de la nutrition ou de l'organisme, avec un apport de substances assimilables égal ou peut-être même inférieur à ce qu'il était précédemment.

Mais à toutes ces causes, dans la seconde enfance surtout, vient souvent s'en ajouter une qui passe trop souvent inaperçue et que le pédiâtre doit bien connaître. Nous voulons parler de la *dyspepsie par mastication incomplète.*

Nous l'avons, dès 1889, étudiée chez l'adulte (1). Nous lui avons donné l'explication pathogénique qui lui convient : absence de certaines dents, névralgies dentaires par carie, mastication incomplète avec des dents même excellentes comme chez les affairés, les distraits, les parleurs, etc.

Chez l'enfant ce sont : ou l'absence de certaines dents, ou la névralgie dentaire par carie ou par évolution de ces organes, indépendamment de l'étourderie et de l'inattention inhérentes

(1) L Baumel. — Effets de la carie dentaire. Dyspepsie de cause buccale par mastication incomplète, in Leçons sur les Maladies de l'appareil digestif, T. II. Pathologie des annexes. Paris, Lecrosnier; Montpellier, Coulet, 1889, p. 75.

à cet âge, qui rendent compte de la pathogénie de cette dyspepsie dans l'immense majorité des cas.

Rappelons que les vingt premières dents ou *dents de lait* ne sont sorties que vers 2 ans et qu'elles se remplacent de l'âge de 6 ans à celui de 15. Rappelons aussi qu'à 7 et à 14 ans apparaissent les 1res et les 2mes grosses molaires.

Indépendamment de la régularité avec laquelle doivent être faits les repas de la journée (quatre, depuis l'âge de 18 mois ou 2 ans) et du choix à faire des aliments liquides ou demi-liquides jusqu'à 7 ans (lait, soupes, potages, œufs, purées, etc.), il faudra se rappeler que, de 5 à 15 ans, la mastication sera souvent incomplète, soit par névralgie dentaire, résultant de la carie ou de l'évolution de telle ou telle dent définitive d'emblée ou de remplacement, soit par défaut de telle ou telle autre qui, entièrement cariée, a établi par sa chute un vide que n'a point encore comblé la dent de remplacement correspondante.

De là, l'habitude qu'ont les enfants, en mangeant, de *tordre* et *avaler* (qu'on nous passe l'expression) sans mastication préalable et suffisante. De là, l'impérieuse nécessité de leur répéter fréquemment ce conseil, surtout à table. De là l'obligation, pour les parents, de détourner de l'alimentation de leurs enfants tout ce qui est plus ou moins dur, principalement quand ils souffrent.

On voit des enfants grandets réclamer instinctivement la mie de pain, plutôt que la croûte, pour l'unique raison que je viens d'indiquer. Il est fort utile que le pédiâtre connaisse ces détails importants, pour initier les familles, naturellement exposées, sans cela, à considérer comme un simple caprice la préférence formulée à l'égard de tel aliment plutôt que de tel autre. La viande est souvent refusée par ces mêmes enfants, comme la croûte du pain, parce que la mastication en est difficile ou pénible, sinon douloureuse.

En dehors des causes précitées, sous l'influence desquelles se développe une anémie qui a cependant toutes les apparences d'une anémie primitive, nous devons nous rappeler que la plupart des maladies débilitantes s'accompagnent

d'une anémie plus ou moins intense. Parmi elles, pour ne citer que les principales, figurent la plupart des maladies aiguës, les fièvres éruptives, mais aussi la coqueluche, la tuberculose pulmonaire ou péritonéale, l'albuminurie, le diabète, etc., etc.

Avant de se prononcer sur la véritable nature d'une anémie, il sera bon de rechercher quel est celui de ces divers états, physiologiques ou pathologiques, qui a pu la déterminer ou en être suivi. L'étiologie, au lieu d'être simple, est le plus souvent complexe.

Pendant l'allaitement (comme plus tard au moment du sevrage ou même après) les diverses causes citées plus haut peuvent intervenir pour produire l'anémie ; mais parmi elles l'alimentation vicieuse, la gastro-entérite et le gros ventre qui en résultent, figurent au premier rang.

De 2 à 6 ans, ces mêmes causes jouent encore un grand rôle, moins intense toutefois. De 5 à 15, la mastication incomplète, pour les raisons énumérées plus haut, la croissance elle-même, mais aussi, après 12 ou 13 ans, le réveil de la fonction génitale et surtout l'onanisme, doivent être attentivement surveillés.

L'albuminurie, consécutive surtout aux fièvres (éruptives ou non) et en particulier à la scarlatine, l'adénopathie bronchique, banale ou spécifique, mais aussi la tuberculose sous toutes ses formes (osseuse, ganglionnaire, viscérale, etc.), sont, à toutes les périodes de l'enfance, des causes fréquentes d'anémie. Cette dernière est parfois l'unique symptôme de la tuberculose, surtout quand celle-ci est pour ainsi dire latente et plus ou moins circonscrite (ganglionnaire par exemple).

Symptômes. — L'anémie, chez l'enfant comme chez l'adulte, se révèle par une décoloration plus ou moins marquée du tégument externe et des muqueuses.

Bientôt surviennent des palpitations de cœur, de l'essoufflement au moindre effort, au moindre mouvement, enfin un certain état d'anorexie ou même de dyspepsie.

Si l'anémie persiste quelque temps, ainsi d'ailleurs que les causes qui l'ont produite, on voit survenir de l'œdème

des membres inférieurs, habituellement peu marqué. Cet œdème, principalement appréciable le soir quand le malade se couche et après la fatigue de la journée, est surtout péri-malléolaire. Il se dissipe d'ordinaire pendant la nuit.

La décoloration tégumentaire frappe tout d'abord. Celle des muqueuses s'observe facilement aux lèvres, puis sur les gencives et aux conjonctives. Parfois cependant un léger degré de conjonctivite, le plus souvent limitée et par suite facile à reconnaître, peut jusqu'à un certain point masquer l'anémie conjonctivale. Il en est de même, dans certains cas et à un examen superficiel, de la coloration des pommettes plus marquée que de coutume et qui contraste avec la décoloration tégumentaire de l'ovale inférieur du visage, des tempes et du front.

Les palpitations de cœur coexistent le plus souvent avec un *cœur forcé*, plus facile à se produire chez l'enfant que chez l'adulte, en raison de la minceur même des parois ventriculaires droites, à l'état normal, et de leur faible résistance dont triomphe la moindre pression intra-cardiaque un peu plus grande que de coutume.

Si l'on songe en outre à la diminution de cette résistance par le fait même de l'anémie, qui favorise, par la nutrition imparfaite de leurs parois, la dilatation de la plupart des organes creux (cœur, estomac, intestin et en particulier cœcum et rectum), on comprendra sans peine qu'une pression sanguine, même normale dans le ventricule droit, triomphe facilement de cette résistance cardiaque affaiblie, d'où dilatation du cœur droit (cœur globuleux) et insuffisance tricuspidienne fonctionnelle (Parrot), d'où enfin foie cardiaque et toutes ses conséquences immédiates ou éloignées (1).

Il existe habituellement des souffles aux divers orifices du cœur et dans les gros vaisseaux du cou (souffle aortique et bruit de diable dans les artères carotides, souffle de l'artère pulmonaire ou anémo-spasmodique de Constantin

(1) L. Baumel. Des lésions non congénitales du cœur droit et de leurs effets. Thèse d'agrégation. Paris, 1883.

Paul). On entend parfois un souffle à la mitrale, mais aussi à la tricuspide (Parrot). Ces souffles divers, habituellement plus forts au premier temps à chacun de ces quatre orifices, peuvent exister au second.

Contrairement à ce qui se passe chez l'adulte, l'enfant attire rarement l'attention sur son foie cardiaque.

Le premier même induirait facilement en erreur un médecin peu expérimenté, en déclarant qu'il souffre *aussitôt après avoir mangé*, ce qui semblerait indiquer que l'estomac est malade, quand c'est le foie (1).

L'enfant, s'il comprend déjà suffisamment et qu'on lui demande où il souffre, pourra bien à la rigueur porter la main à l'épigastre et indiquer ainsi que là se trouve le siège de la douleur principale qu'il éprouve, mais c'est surtout l'examen de la région, l'enfant étant *à jeun*, qui mettra le pédiâtre sur la voie.

La région hépatique est douloureuse à la pression. Cette douleur est déjà accrue par la percussion du foie à travers la paroi costale et les espaces intercostaux, mais surtout au-dessous du rebord costal, là où la *percussion s'exerce sur cet organe directement* pour ainsi dire et sans autre intermédiaire que la paroi abdominale.

Un cri, une grimace, une rétraction musculaire abdominale, accusent suffisamment, qu'ils soient isolés ou réunis, la douleur ressentie par le petit malade.

Le foie est non seulement douloureux, mais encore augmenté de volume (foie cardiaque) et parfois même prolabé (hépatoptose). Il en résulte une compression et une gêne gastriques, qui se traduisent par des douleurs, hépatiques sans doute, mais plus intenses, sinon exclusivement développées, au moment de la digestion stomacale. Elles s'expliquent suffisamment par l'ampliation gastrique d'une part, par les

(1) Voir, à ce sujet, la thèse de M. le Dr Duco, ayant pour titre : Hépatomégalie avec matité douloureuse du foie, dans ses rapports avec la gastralgie, la dyspepsie, l'hépatalgie. Montpellier, 1884.

mouvements péristaltiques de l'autre, et surtout par la compression hépatique qui en résulte.

De là, l'anorexie et la dyspepsie signalées plus haut.

L'estomac, percuté, donne lieu à une *sonorité non douloureuse*.

L'anémie s'accompagne souvent de constipation opiniâtre. Elle résulte de la dilatation de l'ampoule rectale, à laquelle nous avons fait allusion plus haut, quand nous avons parlé des organes creux et des modifications qu'ils subissent dans l'anémie.

Diagnostic. — Si le diagnostic d'anémie est relativement facile, celui de sa nature et de son origine vraies n'est pas toujours commode. On n'y arrivera que par l'étude attentive de chaque cas particulier, ce qui exige des connaissances pédiatriques un peu étendues et une habitude assez grande de la clinique infantile.

Pronostic. — Le pronostic découle, on le comprend sans peine, du diagnostic lui-même, poussé aussi loin que le permet l'analyse clinique actuelle à la lumière des progrès scientifiques les plus modernes, et de la réductibilité plus ou moins grande des lésions existantes.

Non compliquée, elle est habituellement curable.

Traitement. — Le traitement de l'anémie comporte deux indications principales à remplir : 1° Eviter et réparer, par une alimentation hygiénique et bien réglée, les désordres de la digestion, de l'absorption et même de l'assimilation. Les aliments liquides ou demi liquides, le lait en particulier, répondront à cette première indication. 2° Combattre l'anémie par les ferrugineux, lorsqu'il n'existe aucune contr'indication à leur emploi. Parmi ces contr'indications, figure en tête la gastro-entérite aiguë ou chronique, puis tout état inflammatoire ou fébrile coexistant, mais aussi et surtout la tuberculose, évidente ou latente, en raison du coup de fouet qu'elle peut recevoir, dans sa marche, de la médication ferrugineuse, dont le premier effet est d'activer, on le sait, la circulation et la nutrition.

Le sirop d'iodure de fer pour les plus jeunes, le fer

réduit par l'hydrogène, les pilules de Rabuteau, enfin (quand il y a constipation) les pilules de Blaud et rhubarbe dans la seconde enfance, sont les moyens auxquels nous accordons volontiers la préférence. Nous n'avons eu, d'ordinaire, qu'à nous en louer.

VII. — Chlorose

Définition. — C'est chez la jeune fille, principalement à l'époque de la puberté, c'est-à-dire à partir de 12 ou 14 ans environ, qu'on observe la chlorose (χλωρος, jaune verdâtre). Cette maladie, qu'on désigne vulgairement sous le nom de *pâles couleurs*, est surtout caractérisée par une décoloration avec *teint jaune verdâtre* du tégument, due à la baisse subie par la teneur du sang en hémoglobine (oligochromhémie, d'Espine et Picot).

Etiologie. — Le plus souvent elle survient à la suite d'une *émotion* profonde (malheur de famille, vive contrariété) ou d'une *grande frayeur*. On a le droit de se demander si l'atteinte considérable, ainsi portée au système nerveux, ne frappe pas jusqu'au *grand sympathique* lui-même, ce *normal régulateur de l'assimilation et de la nutrition*. Il semble même que l'atteinte la plus forte qu'il subisse, dans ces conditions, porte plus spécialement sur ceux de ses *départements intraviscéraux*, qui président à l'*hématopoïèse*. Car, sans parler des modifications subies par les plexus cardiaque et pulmonaire, déjà si importants à cet égard, et dont le contre-coup se fait rapidement sentir sur les organes véritablement hématopoïétiques (foie et rate), il est évident, si l'on compare les effets de l'anémie à ceux de la chlorose sur ces mêmes organes, que cette dernière exerce sur eux une action au moins plus intense, sinon différente.

Symptomatologie.—A la symptomatologie qui lui est propre (teint pâle et *jaune verdâtre* du tégument, diminution de la quantité d'hémoglobine ou matière colorante du sang) viennent s'ajouter la plupart des symptômes observés dans l'anémie : palpitations de cœur, essoufflement facile, faiblesse

générale, foie cardiaque et gras des anémiques, rate cardiaque, œdème des membres inférieurs principalement malléolaire et surtout accusé le soir quand la malade se couche, troubles gastrointestinaux c'est-à-dire anorexie, pica, malacia, préférence pour les aliments fortement épicés (poivre) ou acides (vinaigre, etc.).

Mais c'est surtout du côté de la menstruation que la chlorose exerce ses effets les plus curieux. Cette fonction se supprime, lorsqu'elle existe déjà régulière, et cela, souvent pour un temps fort long (plusieurs mois ou même des années). Si elle n'est pas encore établie, elle est par la chlorose singulièrement retardée.

Nous l'avons vue, chez une chlorotique de 15 ans entrée à la clinique, faire défaut pendant un an après une première apparition et ne réapparaître même qu'après plusieurs mois de traitement.

Chez une autre, âgée de 13 ans, nous l'avons vue, de régulière qu'elle était, se supprimer pendant plusieurs mois, à la suite du décès, en l'espace de huit jours, du père et de la mère. Cette fillette présenta même ceci de particulier qu'avec un œdème très marqué et de la phlébite des membres inférieurs elle accusa des *douleurs osseuses de croissance* des plus intenses, siégeant surtout au niveau de certains cartilages juxtaépiphysaires (supérieur du tibia, inférieur du fémur), ce qui, à un examen superficiel, avait fait croire à l'existence d'un rhumatisme articulaire. Les douleurs des jambes étaient telles que la station debout était impossible et que, pendant des semaines et des mois, elles obligèrent la malade à garder le décubitus dorsal.

Un point important à noter et qui était très net chez cette jeune fille, c'est que l'appétit avait disparu à la suite de l'émotion morale intense qu'elle avait subie. Elle resta plusieurs jours, après la mort de ses parents, sans manger et, même quand elle entra à la clinique, elle présentait encore un degré très prononcé *d'anorexie*. Il est évident qu'il y a là une cause nouvelle de persistance des accidents pathologiques, dont il est bon de tenir grand compte.

Nous avons vu également, atteinte de chlorose très prononcée, une fillette, orpheline de mère, dont le père, remarié, se battait journellement devant elle avec sa seconde femme, laquelle à son tour ne ménageait pas les coups à l'enfant.

Il est bon de pénétrer ainsi, par l'interrogatoire des petites malades ou de leur entourage, dans leur vie intime et familiale, de façon à se rendre compte, autant que faire se peut, des raisons qui ont pu présider, dans chaque cas particulier, à l'établissement d'une maladie donnée, de la chlorose dans l'espèce. Dans le cas contraire, l'étiologie de bien des maladies peut rester obscure et confuse, quand de cette façon, elle devient évidente et claire comme le jour.

Il semble, à ce point de vue, que les émotions déprimantes et tristes aient une influence marquée sur la production de la chlorose.

Diagnostic. — Le diagnostic différentiel à établir ici n'existe à proprement parler qu'entre l'anémie et la chlorose.

Le teint particulier à cette dernière maladie, la diminution du taux de l'hémoglobine dans le sang constatée à l'aide de l'appareil chromométrique de Hayem, les troubles menstruels si intenses qu'elle détermine, l'origine habituellement émotive de la chlorose, sont tout autant de signes à l'aide desquels on évitera qu'une erreur de diagnostic soit commise en pareille matière.

L'anémie, au contraire, a des causes plus communes, plus banales et moins brusques à son origine. Nous rappellerons simplement pour mémoire : la mauvaise hygiène en général, alimentaire en particulier ; le surmenage physique ou intellectuel ; la vie dans des ateliers mal aérés, mal éclairés, où les ouvrières sont entassées en grand nombre dans un espace relativement restreint, les veilles, etc., etc.

Nous reconnaîtrons volontiers que la chlorose confine par certain côté à l'anémie, par certain autre à l'hystérie, dont les origines sont peut-être analogues, mais non point identiques.

Ces diverses maladies peuvent jusqu'à un certain point se pénétrer réciproquement, c'est-à-dire coexister ou se compliquer, sans que jamais elles puissent arriver à se confondre les unes avec les autres.

Pronostic. — Le pronostic, quelque sérieux qu'il puisse paraître à un moment donné, n'est jamais véritablement grave.

Nous avons toujours vu guérir la chlorose, même lorsqu'elle était portée au plus haut point, et nous pouvons ajouter : d'autant plus rapidement, qu'elle était traitée avec plus d'énergie et d'une manière plus précoce.

Traitement. — Le traitement de la chlorose comporte deux indications fondamentales à remplir.

La première consiste à alimenter régulièrement et substantiellement la malade, grâce à l'emploi des toniques analeptiques, dont nous avons déjà parlé antérieurement. Quatre repas par jour : petit déjeuner à 8 heures; déjeuner ou principal repas à midi ; goûter à 4 heures ; dîner à 7. Ces repas doivent se composer presque exclusivement : de lait, d'œufs, de purées, de viandes blanches. On donnera de bon vin additionné d'eau. On prescrira comme reconstituants : le glycérophosphate de chaux, si utile dans les maladies chroniques aussi longtemps que s'effectue la croissance, le sirop de quinquina comme tonique de l'organisme en général et des fonctions digestives en particulier, mais surtout le fer qui, comme dans l'anémie, joue un rôle si efficace dans la cure de la chlorose, peut-être moins résistante encore à la thérapeutique que la précédente.

Anémiques ou chlorotiques, les jeunes filles se lassent bien vite de se plier aux prescriptions médicales. Elles les abandonnent facilement, si elles sont enfants gâtées un peu livrées à elles-mêmes, aussitôt qu'elles éprouvent un peu d'amélioration, aussitôt surtout que la menstruation s'est établie, si elle avait toujours manqué jusque-là, ou qu'elle a réapparu, dans les cas où elle avait existé précédemment.

Il faut bien reconnaître que c'est là un signe d'amélioration, mais non point une preuve certaine de guérison. Si, en

effet, le traitement n'est pas rigoureusement continué, l'anémie mais surtout la chlorose reparaissent avec une intensité aussi grande, sinon plus grande qu'auparavant. Le traitement doit être suivi pendant plusieurs mois encore et, dans tous les cas, il ne doit être suspendu que sur l'avis du médecin, seul autorisé à se prononcer en connaissance de cause sur la matière.

La digitale, si le cœur a faibli, peut être momentanément indiquée et prescrite ; il en est de même des préparations arsenicales et en particulier de l'arséniate de soude, moins ici toutefois que dans l'anémie, où les reconstituants, autres que le fer, sont beaucoup plus utiles que dans la chlorose.

Le bromure de potassium peut devenir nécessaire, si quelques accidents nerveux (excitation) ou douloureux (névralgies) se manifestent.

Les distractions seront surtout utiles, par les conversations, les visites, les lectures, les promenades, etc., aussi souvent qu'elles seront possibles et capables de substituer, aux idées naturellement tristes de la chlorotique, des idées plus gaies et, par suite, plus réconfortantes. Cette partie du traitement de la chlorose, ou traitement moral, ne saurait être négligée par le médecin, sans le plus grand préjudice pour la malade.

Parfois même, une affection contrariée ayant préludé au début de la chlorose, il est bon que le médecin, prévenu, la recherche au besoin, afin que, connaissant la véritable cause du mal, il puisse mieux conseiller la famille et la malade, enfin trouver le remède le plus efficace à combattre la maladie.

VIII. – Diabète sucré

Définition. — Le diabète sucré est une maladie caractérisée, chez l'enfant comme chez l'adulte, par la *glycosurie*, la *polyurie*, la *polyphagie*, la *polydipsie*, enfin *l'autophagie*.

Etiologie. — Depuis longtemps (1881-82) (1) nous avons affirmé que tout diabète et même toute glycosurie est fonction pathologique du pancréas.

Bouchardat, Lancereaux surtout et son élève Lapierre (1879) avaient parlé sans doute de la lésion du pancréas principalement dans le diabète maigre. Les expériences de von Mering et Minskowski (à Strasbourg), de Dominicis (à Naples), Lépine (à Lyon), Hédon (à Montpellier), etc., ont confirmé de tous points ce que la clinique avait déjà indiqué à cet égard.

Dans notre travail, ci-dessus mentionné, nous avons : 1° corroboré l'opinion de MM. Lancereaux et Lapierre, relativement à la *constance de la lésion* pancréatique dans le diabète maigre ; 2° signalé, *pour la première fois*, la *lésion du pancréas dans le diabète gras*; 3° *généralisé, même au diabète nerveux*, en rapprochant les expériences de Claude Bernard et de Bernstein, la *théorie pancréatique* ; 4° déclaré enfin, *neuf ans avant les expériences de Minkowski et von Mering*, que le diabète sucré *est toujours la conséquence d'une lésion macroscopique*, *microscopique* ou *dynamique* (action nerveuse ou circulatoire du pancréas).

Chez l'enfant il en est absolument ainsi, comme le prouvent surabondamment les cas de nécropsie de diabète infantile où l'examen du pancréas n'a pas été négligé (2), ainsi que l'histoire de certains faits cliniques suivis de

(1) L. Baumel. Pancréas et diabète. Montp. Méd. 1881-82. Voir aussi, du même : 1° Leçons sur les maladies de l'appareil digestif et de ses annexes. Montpellier, Coulet, Paris, Masson, 1888-1889, tome I, page 358 et tome II, pages 154 à 206. 2° Un mot d'historique sur le diabète sucré, sa théorie pancréatique (Acad. des sc. et lettres de Montpellier, 1891). 3° Étiologie et pathogénie pancréatiques du diabète sucré, démontrées par la clinique, l'anatomie pathologique et l'expérimentation (Congrès de Lyon, 1894).

(2) Chez un enfant de 13 ans, mort de diabète maigre, à la clinique médicale, au moment où nous en étions chargé en août 1892. le pancréas était très atrophié et ne pesait que 31 grammes, tandis que le foie en pesait 1.175 ; le rein droit 130 et le rein gauche 140. A notre grand regret l'examen anatomo-pathologique de ces organes n'a pu être fait.

guérison (Baumel) (1). Lancereaux pense même que, dans certains cas, le diabète résulte, chez l'adolescent, d'une *aplasie du pancréas*, mais il a toujours en vue la forme maigre et incurable de cette maladie (2).

Symptomatologie.— Polyurie, glycosurie, polyphagie, polydipsie, autophagie, sont autant de symptômes qui peuvent mettre sur la voie du diabète sucré. Ils sont tous la conséquence de la glycosurie, qui ne se révèle, souvent, que si l'on songe à la rechercher dans les conditions précitées.

Plusieurs litres d'urine peuvent être rendus, dans la seconde enfance, en 24 heures. Un amaigrissement, une cachexie, plus ou moins notables peuvent se produire à un moment donné.

C'est même rapidement, en général, que survient cet état cachectique chez l'enfant, chez qui le diabète sucré a, d'ordinaire, une marche rapide et funeste.

Les nécessités du développement et le besoin de matériaux nombreux d'assimilation, destinés à la croissance, expliquent facilement comment l'organisme infantile résiste faiblement au diabète sucré (forme maigre).

Les quelques cas (deux) que nous en avions vus nous avaient absolument confirmé dans cette manière de voir.

Nous ne pensions pas qu'il y eut, chez l'enfant, une forme curable du diabète sucré, dont cependant quelques auteurs allemands rapportaient des exemples, lorsqu'il nous fut donné d'en observer un cas chez une fillette de 6 mois, à notre consultation externe de l'Hôpital général, puis à la clinique de l'Hôpital suburbain, où nous la fîmes entrer avec sa mère qui l'allaitait.

Chose curieuse, l'enfant nous était présentée pour une *anasarque généralisée*. L'examen des urines, qui donna un

(1) Baumel. Un cas de diabète sucré observé chez une enfant de six mois. Guérison (Communication au congrès international de Paris. Section de Pédiatrie, 1900).

(2) Lancereaux. D'une forme de diabète sucré des adolescents, liée à l'aplasie pancréatique. Journal de clinique et de thérapeutique infantiles, Paris, juin 1898.

résultat *négatif, au point de vue de l'albumine*, révéla au contraire, à notre grande surprise, le premier jour où cette enfant nous fut présentée à la consultation, l'existence d'une certaine quantité de glycose. M. le Dr Moitessier, professeur agrégé de chimie, nous dosa plus tard la glycosurie quand l'enfant fut entrée dans nos salles. Cette glycosurie s'éleva d'abord au chiffre de 1 gr. 50 par litre, elle descendit ensuite à 1 gramme, puis à des traces, enfin elle cessa complètement.

En même temps l'anasarque disparaissait, la balance accusait une augmentation de poids de l'enfant, qui mettait ses premières dents (incisives médianes inférieures), pendant que diminuaient et disparaissaient à leur tour la rénitence et le météorisme *abdominaux qu'elle avait toujours présentés depuis son entrée à l'hôpital*, ainsi d'ailleurs que les *douleurs transversales et rétro-stomacales* (pancréatiques par conséquent) qu'elle avait accusées, par des cris, toutes les fois qu'une palpation ou surtout une percussion profondes de l'organe étaient pratiquées.

Cette même palpation et cette percussion ne déterminaient rien de semblable, ni à la partie tout à fait supérieure, ni à la partie tout à fait inférieure, de l'estomac.

On sentait, à la palpation et dans la région médiane de celui-ci, une rénitence particulière, dont il était impossible de triompher (contrairement à ce qui avait lieu pour le météorisme gastrique immédiatement situé au-dessus ou au-dessous) et qui tenait, très certainement, au pancréas augmenté de volume et douloureux.

Oui, augmenté de volume comme le sont dans certains cas, à la naissance ou du moins peu de temps après, les glandes mammaires du nourrisson (mammite) ou ses parotides (parotidite), ainsi que nous l'avons observé quelquefois. Cela s'explique sans doute, en ce qui concerne particulièrement les glandes salivaires, par un défaut de sécrétion normale ou, plutôt, par une difficulté de sécrétion pouvant tenir à une fonction difficile à s'établir ou à une obstruction simple (épithéliale) ou même infectieuse des canaux sécré-

teurs. La même interprétation peut être donnée au sujet du pancréas et de ses voies d'excrétion (canal de Wirsung et canal accessoire, s'ouvrant tous deux dans le duodénum).

L'aplasie pancréatique, signalée par Lancereaux chez certains adolescents comme cause de diabète sucré, peut aussi survenir dans le premier âge. Elle est généralement frappée d'incurabilité.

Comme chez l'adulte on doit redouter, dans le diabète infantile, la glycosurie excessive, l'acétonurie, l'albuminurie, l'azoturie. On y voit survenir à peu près les mêmes complications : tuberculose pulmonaire, cataracte, maladies cutanées, etc.

Mais il ne faut pas croire que tous les diabètes sucrés soient mortels chez l'enfant. Nous n'en voulons pour preuve que le cas observé par nous, chez un nourrisson de 6 mois (fillette) et dans lequel nous avons pu vérifier le maintien de la guérison complète un an et demi après.

On nous objectera sans doute que c'était là un cas de glycosurie.

Depuis longtemps (1881-1882) nous avons déclaré que, d'après nous, la *glycosurie* est au *diabète sucré* ce que *l'ictère simple* est à *l'ictère grave*. La première, aussi bien que le second, est, à notre avis, la preuve d'un trouble fonctionnel du pancréas. Le degré est différent, voilà tout.

Nous maintenons, pour l'enfant, l'assertion que nous avons formulée au sujet de l'adulte.

N'y avait-il pas en effet, chez notre petite malade, polyurie, polydipsie, polyphagie, autophagie et glycosurie?

Quand cette enfant fut entrée dans notre service, la mère *interrogée* nous déclara, ce qu'elle n'avait point fait à la consultation (faute de temps sans doute ou n'y attachant pas une assez grande importance) : que sa fillette *mouillait des langes à tout moment et beaucoup plus que les nourrissons de même âge, qu'elle était constamment suspendue au sein, qu'elle le réclamait à tout instant*. Nous avons vu enfin le résultat (fléchissement) fourni par les *pesées* et celui que donna, entre les mains de M. le Dr Moitessier, l'*analyse des urines*.

Y a-t-il là quelque chose qui manque au tableau du diabète sucré ? Nous n'avons pas eu, il est vrai, la quantité des urines de 24 heures.

Le chiffre de la glycosurie n'est donc applicable qu'au litre, sans que nous sachions celui qui correspondait à la journée entière.

Dans tous les cas, ce n'est point, à notre avis, la quantité de sucre qui fait qu'il y a diabète ou non. Cette quantité peut tout au plus indiquer qu'on se trouve en présence de telle ou telle forme, diabète gras ou diabète maigre, le premier ne s'accompagnant pas, comme le second, d'un amaigrissement plus ou moins marqué.

Depuis lors nous avons eu l'occasion d'observer ce diabète, léger et curable, chez plusieurs malades de notre service, en particulier chez un pottique âgé de 3 ans environ, mais aussi chez plusieurs autres enfants âgés de moins de 4 ans. Chez tous il a été fugace, quoique présentant des récidives.

Avant de quitter cet important sujet, nous devons donner une interprétation pathogénique possible, autre que les précédentes, et que nous ne nous pardonnerions pas d'avoir laissée dans l'ombre.

L'enfant que nous avons observée était, à ce moment-là (6 mois), en évolution dentaire. Est-ce que celle-ci ne pourrait pas expliquer la glycosurie, par excitation bulbaire du pneumogastrique ? L'excitation du bout central du pneumogastrique sectionné, n'augmentait-elle pas entre les mains de Cl. Bernard la glycosurie expérimentale, produite par la piqûre du 4me ventricule ? Cette même excitation ne supprimait-elle pas, entre celles de Bernstein, la sécrétion du pancréas (1) ?

La mère de notre petite malade était une fille-mère. Elle n'avait ni glycosurie, ni syphilis, ni aucune autre maladie, appréciable du moins. Etant donnée l'histoire de cette enfant, qui avait présenté certaine éruption quelques jours après sa naissance et qu'on avait infructueusement montrée à

(1) L. Baumel, loc. cit. 1881-1882.

plusieurs médecins, lesquels s'obstinèrent en vain, en raison de l'anasarque, à rechercher l'albuminurie, nous croyons avoir eu affaire, dans l'espèce, à un *diabète congénital*, que personne n'a encore signalé, pas même Kitselle (cité par MM. d'Espine et Picot) qui trouva de la glycosurie, chez son propre enfant, 15 jours après la naissance.

Nous sommes persuadé que, l'attention une fois attirée sur ces faits, ils deviendront beaucoup plus nombreux qu'ils ne l'ont été jusqu'à ce jour.

Diagnostic. — D'après ce que nous venons de dire précédemment, le diagnostic du diabète sucré n'offrira donc pas plus de difficultés, chez l'enfant, que chez l'adulte.

Il n'en présentera réellement que dans les premières années de l'existence (la première surtout et plus particulièrement encore pendant les premiers mois) en raison même de celles que l'on éprouve à se procurer des urines dans le tout jeune âge.

Il n'y a pas, cependant, de difficultés insurmontables à proprement parler.

Pronostic. — Il semble que la gravité de la maladie soit plus considérable (à en juger du moins par les faits qui nous sont personnels et par ceux que rapportent les auteurs) dans la seconde enfance que dans la première.

Il est évident toutefois que, si l'on se trouvait en présence d'un véritable arrêt de développement du pancréas, il serait aussi grave, pendant les premiers temps de la vie, que plus tard.

Les complications les plus redoutables du diabète sont, au premier rang : le *coma* et la *tuberculose pulmonaire*. Parmi elles figurent en outre : l'azoturie, l'albuminurie, la glycosurie excessive, l'acétonurie, l'urémie, etc., etc.

Traitement. — Le traitement du diabète sucré diffère, suivant qu'il s'agit de la première ou de la seconde enfance, suivant que l'on se trouve en présence du diabète gras ou du diabète maigre. Dans la première enfance et principalement chez le nourrisson, le lait et surtout l'allaitement naturel constitueront l'alimentation de choix.

Les tétées devront être réglées (autant du moins que le permettront la polydipsie et la polyphagie du petit malade) en vue de diminuer la dilatation gastrique, les fermentations digestives anormales, enfin les vomissements ou la diarrhée qui pourraient survenir, ce qui, nous devons le reconnaître, est assez rare.

Dans l'allaitement artificiel, le lait ne devra pas être sucré, ou du moins il le sera peu et à l'aide de la saccharine.

Chez l'enfant diabétique plus grandet et dans la seconde enfance, le régime se rapprochera beaucoup de celui de l'adulte. Il se résume ainsi : 1° *écarter* non seulement le *sucre*, que l'on remplace par la saccharine, mais encore les *féculents*, que l'on remplacera par du chocolat, des pâtes et du pain au gluten.

2° On permettra l'usage des œufs, du poisson, des viandes (blanches en particulier), de certains légumes frais, des pommes de terre, que Dujardin-Beaumetz (1) préfère chez l'adulte aux autres féculents, en raison de la moindre glycosurie qui en résulte.

3° On proscrira les gâteaux, les fruits sucrés, etc.

4° On administrera des reconstituants et, en particulier, du glycérophosphate de chaux, de l'arséniate de soude, du quinquina (décoction, dans le lait, et non point le sirop).

5° Chez l'enfant, comme chez l'adulte, le régime carné exclusif, qui a l'avantage de diminuer ou de faire disparaître la glycosurie, a pour sérieux inconvénient d'augmenter l'azoturie (Voir ce que nous en avons dit pour l'adulte) (2).

Mais, chez l'enfant, l'inconvénient est bien plus considérable encore en ce sens que ce régime favorise la production du rachitisme (voir plus haut), aussi longtemps que durent la croissance et le développement osseux.

(1) Dujardin-Beaumetz. L'hygiène alimentaire. Doin, Paris, 1887, pages 180 et 181.

(2) L. Baumel. Cas de diabète traité par la pancréatine et le régime azoté (Montp. méd. 1886) et surtout la courbe, in Leçons cliniques sur les maladies de l'Appareil digestif et de ses annexes. Montpellier, Coulet. Paris, Masson (1889), Tome II, page 204.

IX. — Diabète insipide

Définition. — On désigne sous le nom de diabète insipide une maladie caractérisée par une polyurie excessive avec polydipsie, sans glycosurie, sans polyphagie, sans autophagie.

Etiologie. — On a peut-être voulu trop rapprocher le diabète insipide du diabète sucré. Voilà pourquoi l'on a cherché du côté des diverses substances chimiques, que l'urine peut éliminer normalement ou pathologiquement, les raisons de la polyurie et de la polydipsie.

C'est ainsi qu'on a cru pouvoir admettre et décrire des diabètes phosphaturique, azoturique, albuminurique, peptonurique, oxalurique, uratique, etc., etc. Nous y ajouterons le diabète chlorurique. Dans un cas de ce genre, observé par nous, M. de Girard, professeur agrégé de chimie et préparateur du laboratoire des cliniques à l'Hôpital général, a trouvé des quantités de chlorure de sodium véritablement prodigieuses à un moment donné (36 grammes par jour), au point qu'il s'est demandé si nous n'étions pas en présence d'une véritable supercherie. La malade en question n'est pas une enfant. Elle a 36 ans. Mais son diabète insipide remonte à l'enfance (11 ans).

La comparaison de ces divers diabètes avec le diabète sucré serait fort juste si chaque substance chimique, éliminée en excès par les urines, nécessitait pour cela une quantité de liquide déterminée, produisant, par suite, une polyurie et une polydipsie proportionnelles à son élimination. Or, il n'en est pas absolument ainsi, du moins d'une façon générale.

Les causes du diabète insipide ne nous sont pas parfaitement connues, quand il s'agit de l'adulte. A plus forte raison nous est-il difficile de les pénétrer, lorsqu'il s'agit de l'enfant, chez qui ce diabète est relativement rare. Je ne l'ai pour mon compte observé que deux fois, dans ma carrière médicale. Une fois dans le service de mon regretté maître le professeur Dupré. Il s'agissait d'un enfant de 12 ans environ, fils de concierge, atteint d'un diabète insipide assez intense

(10 à 12 litres par jour). Le second est la malade dont j'ai déjà parlé plus haut et chez laquelle le diabète a paru dès l'enfance (11 ans).

Chez le premier, je n'ai jamais pu savoir à quelle cause on pouvait attribuer ce diabète. Chez la seconde, on ne trouve, à l'origine de cette maladie, qu'une insolation et des coups sur la tête administrés par le père. Actuellement elle urine 18 litres par 24 heures. Sa soif serait plus intense l'hiver que l'été. Elle boit autant de liquide (eau) qu'elle en rend par les urines. La polydipsie, comme on le voit, est en rapport avec la polyurie. Le chlorure de sodium, trouvé un moment en excès dans les urines de cette malade, n'y a plus été rencontré, par la suite, en aussi grande abondance par M. de Girard lui-même. On a noté par intervalles, chez cette polyurique, de la peptonurie, de l'oxalurie, et une faible proportion d'urée.

Au fond, il semble que la polyurie, dans le diabète insipide, tienne plus à une névrose cérébrospinale ou simplement rénale, ayant pour conséquence la filtration trop rapide du liquide urinaire, qu'à la présence dans ce liquide d'une substance chimique quelconque, à l'inverse de ce qui se passe dans le diabète sucré (1).

Symptomatologie. — Les symptômes du diabète insipide sont uniquement la polyurie et la polydipsie, dont le degré respectif est en rapport constant.

Les urines, d'une densité extrêmement faible et quasi aqueuses, sont d'une limpidité grande et offrent presque l'aspect de l'eau ordinaire, surtout si la polyurie et la polydipsie sont très marquées.

Le diabète insipide a été en *progressant*, chez la malade que nous suivons encore journellement et, cela, depuis son enfance. La polyurie, qui était au début (vers 11 ans) de 6 litres environ, est actuellement, comme nous l'avons dit plus haut, de 18 en 24 heures.

(1) Voir les thèses sur la Polyurie de MM. les Professeurs Kiener (Strasbourg, 1866) et Granel (Montpellier, 1877).

La langue est généralement sèche et fendillée. La bouche pâteuse. L'estomac est dilaté d'ordinaire.

Chez elle, comme chez tous nos malades présentant du diabète sucré, l'exploration du pancréas a toujours été douloureuse, principalement au moment où elle présentait (ce qui lui arrive de temps à autre) des *crampes d'estomac*, qui peuvent s'expliquer, soit par une indigestion de liquides à un moment donné, soit par des coliques pancréatiques, dont les ouvrages classiques parlent à peine, s'ils ne les passent pas même sous silence, et auxquelles, depuis longtemps déjà (1), nous avons attribué un rôle considérable en pathologie et en clinique.

Ceci viendrait à l'appui de l'opinion du professeur de Dominicis (de Naples), qui veut que le pancréas soit en cause, même dans l'étiologie et la pathogénie du diabète insipide, sans que l'on puisse, jusqu'à présent, bien s'expliquer une pareille influence.

Diagnostic. — Chez l'enfant, le diabète sucré et l'incontinence, nocturne ou diurne, d'urine sont les seules maladies que l'on puisse confondre, à un examen superficiel, avec le diabète insipide.

L'analyse des urines dans le premier cas, leur simple collection pour les 24 heures (le jour où la chose sera possible) dans le second, soulèveront toutes difficultés à cet égard.

Le mieux est, si l'âge de l'enfant le permet, de recueillir chaque jour les urines des 24 heures, jusqu'à ce que le malade passe une journée entière sans les perdre involontairement. Ce jour-là l'expérience sera faite et, croyons-nous, concluante; bien que nous ne soyons pas convaincu, à l'heure actuelle, que l'incontinence d'urine, en raison de l'idée étiologique que nous nous en faisons (voir plus loin), ne s'accompagne pas d'un certain degré de polyurie.

Il nous semble toutefois, que le fait seul de constater

(1) L. Baumel. Calculs pancréatiques observés dans un cas de diabète maigre. Montp. méd., 1881, et, Pancréas et diabète. eodem loco, 1881-1882.

l'incontinence d'urine, nocturne ou diurne, doit exclure l'idée de diabète insipide *simple*. Il est rare en effet, exceptionnel même, de constater l'incontinence au cours de celui-ci. La chose pourrait cependant se produire sans qu'il y eut lieu de s'en étonner outre mesure. Voilà pourquoi seule la quantité des urines de 24 heures peut indiquer s'il y a ou non, dans ces cas, polyurie et par suite diabète insipide.

Pronostic. — Le diabète insipide, à l'inverse du diabète sucré, est une maladie dont le pronostic est relativement bénin.

Cette maladie est surtout incommode par la soif intense qu'elle détermine et les envies fréquentes d'uriner auxquelles elle donne lieu, sans parler de l'insomnie relative qu'elle produit, par la nécessité où elle met le malade de se lever plusieurs fois la nuit, pour uriner.

Traitement. — Bien des moyens ont été préconisés pour combattre la polyurie ou du moins le diabète insipide.

On a eu successivement recours aux astrigents (tannin), aux anexosmotiques (antipyrine), aux nervins (bromure de potassium), aux reconstituants (phosphate de chaux), aux excitants du système nerveux (strychnine, courants interrompus) et de la nutrition (courants continus). Tout a été jusqu'à ce jour impuissant, non seulement à guérir, mais encore à atténuer le mal.

Nous espérons toutefois que le jour n'est pas éloigné où, par suite de recherches plus attentives et plus fructueuses que par le passé, soit du côté des centres nerveux, soit en chimie biologique, soit même du côté de l'anatomie et de la physiologie pathologiques du pancréas, on trouvera les raisons étiologiques et pathogéniques de cette maladie, beaucoup plus incommode que grave, il faut le reconnaître. Ces raisons sont restées inaccessibles à toute explication plausible, jusqu'à ce jour, comme reste nul et inefficace, jusqu'à présent, le traitement, en apparence le plus rationnel, dirigé contre le diabète insipide.

Le jour où s'éclaire l'étiologie d'une maladie donnée, s'éclaire du même coup sa thérapeutique. Aussi, M. le Profes-

seur Bouchard réclame-t-il, avec juste raison, que nous fassions de la thérapeutique pathogénique. Encore faut-il, pour cela, que cette pathogénie nous soit connue.

X. — Myxœdème infantile (crétinisme)

Définition. — Le myxœdème ou crétinisme est caractérisé, chez l'enfant comme chez l'adulte, par un certain état d'obésité ou d'embonpoint anormal (polysarcie) et par un affaiblissement intellectuel notable, se rapprochant, jusqu'à un certain point, de l'idiotie.

Dans l'enfance, cet état s'accompagne d'un certain arrêt de développement, non seulement intellectuel, mais osseux, ce qui rend parfois difficile le diagnostic différentiel.

Etiologie. — Comme chez l'adulte, le myxœdème infantile semble tenir à un défaut de fonctionnement, dû le plus souvent à un développement incomplet, du corps thyroïde.

Symptomatologie. — Le crétinisme se présente sous un tableau tel, qu'il est on ne peut plus facile de le reconnaître, pour quiconque l'a déjà observé une fois ou n'ignore point ses caractères principaux.

C'est ainsi que la face, d'abord, offre un aspect particulier. Elle paraît élargie, les lèvres sont épaissies et bleuâtres, entr'ouvertes, laissant apercevoir, dans leur intervalle, la langue, bleuâtre à son tour et augmentée de volume, au point de ne pas pouvoir être logée dans la cavité buccale, comme à l'état normal, et de faire saillie entre les arcades dentaires, de sortir même de la bouche (macroglossie).

Le crâne présente parfois certaines altérations (bosselures, fontanelles longuement persistantes, soudures anormales) qui varient, suivant l'âge auquel on le considère. Le squelette tout entier présente certaines déformations, qui ne sont autres, d'ordinaire, que celles du rachitisme.

Le ventre, comme la tête, est généralement volumineux. Il existe, assez souvent, une hernie ombilicale plus ou moins forte, adipeuse et ordinairement irréductible.

Le nez est épaté, le regard peu vif et inintelligent, la taille courte ; le développement en général et l'évolution dentaire en particulier sont singulièrement retardés.

Nous avons eu, dans le service, une enfant âgée de 4 ans, dont l'observation figure dans l'excellente thèse de M. le Dr Jacquemet sur le myxœdème, et qui n'avait pas encore (tant s'en faut) ses 20 dents de lait, que tout enfant normal possède à deux ans. C'était un cas de myxœdème infantile congénital.

Non seulement la taille était courte, mais la marche singulièrement retardée et difficile.

La peau est généralement parcheminée, velue ; les poils sont secs, cassants. Tous ces symptômes existaient chez la petite malade dont nous parlons (1).

Malgré cet état mauvais de la nutrition générale, cette enfant eut la rougeole (dans notre service et à l'isolement) sans autre inconvénient que celui de présenter, pendant la convalescence et au membre inférieur droit, un grand nombre d'ulcérations confluentes, résultant d'un herpès zona. Elles furent assez longues à cicatriser, mais l'enfant sortit, de l'isolement, guérie de la rougeole et de cette complication.

Diagnostic. — Le diagnostic du myxœdème infantile, nous l'avons dit plus haut, est relativement facile. Toutefois, lorsqu'on observe la maladie de bonne heure, il est peut-être un peu difficile en ce sens : que, chez les enfants de quelques mois, la cyanose frappe moins que chez des enfants plus grandets ; que la langue, tuméfiée et bleuâtre n'est pas toujours et nécessairement procidente au dehors de la cavité buccale; qu'enfin l'idiotie est, à ce moment là, beaucoup plus facile à confondre avec le crétinisme qu'ultérieurement.

Certain jour on m'apporta, dans mon cabinet, un enfant atteint de myxœdème et à peine âgé de quelques mois, chez lequel je n'hésitai pas plus à porter le diagnostic et à insti-

(1) Paul Jacquemet. Du myxœdème, ses formes frustes, son association au goitre exophtalmique. Thèse de Montpellier, 1900, page 77.

tuer le traitement, dont il se trouva d'ailleurs fort bien, que chez la fillette de 4 ans, dont il a été question plus haut. Celle-ci même en éprouva quelque amélioration, bien que sa maladie fût plus ancienne.

Pronostic. — Le pronostic du myxœdème infantile est toujours grave. Il semble toutefois qu'il le soit moins lorsque le diagnostic est précocement porté, à une époque encore peu éloignée de la naissance, quelques mois par exemple, comme dans notre second cas. Les maladies intercurrentes (rougeole, etc.) ne paraissent pas être aggravées par cet état déplorable de la nutrition ; nous avons signalé cependant la complication légère qu'il nous a été donné d'observer chez la fillette de 4 ans.

Il semblerait à priori qu'il dût en être autrement. Peut-être en est-il ainsi pour d'autres maladies intercurrentes plus sérieuses, telles que la scarlatine, la broncho-pneumonie, etc. Nous l'ignorons toutefois.

Traitement. — Le traitement consiste à donner une bonne alimentation, dans la seconde enfance ; l'allaitement naturel, bien réglé, chez les nourrissons. Les préparations de phosphate de chaux (lacto, chlorhydro ou glycéro) seront parfaitement indiquées. Mais le remède le plus efficace sera, sans contredit, l'extrait thyroïde, administré en pastilles de 5 ou 10 centigrammes, dont on donne, suivant l'âge ou la force des sujets, un nombre ou des fractions variables.

XI. — **Maladie bronzée d'Addison**

Définition. — La maladie bronzée d'Addison est caractérisée, chez l'enfant comme chez l'adulte, par une *pigmentation plus accentuée que de coutume de certaines parties du tégument, parfois même par du vitiligo, toujours par des troubles gastro-intestinaux, plus ou moins marqués, et un état de faiblesse générale très accentué.*

Étiologie. — La cause de cette maladie est une *lésion des capsules surrénales.*

On a cru longtemps que la maladie d'Addison est la conséquence d'une *tuberculose de ces capsules*. On revint bien vite de cette erreur. Nous même avons publié, chez l'adulte, deux cas : *l'un avec tuberculose surrénale très nette* ; *l'autre avec hémorrhagie intra-capsulaire, au niveau de la zone cellulaire qui sépare la partie centrale de la partie corticale de ces organes* (1).

L'affection, *plus rare peut-être dans l'enfance*, s'y observe pourtant encore *plus souvent qu'on ne pense*.

Pour notre compte, nous l'avons observée deux fois et peut-être trois.

Dans notre *premier cas*, il s'agit d'un garçon de 14 ans atteint de *scorbut* avec *entérorrhagies, hématuries, albuminurie, taches purpuriques, taches mélano-dermiques de quelques centimètres sur les mains, larges taches de vitiligo de 2 à 5 ou même 7 centimètres de diamètre sur le dos, mais surtout à la partie antérieure du thorax et à la face interne des genoux*.

Notre *second cas* est relatif à une *jeune fille de 15 ans*, atteinte de *mal de Pott dorso-lombaire avec mélanodermie générale, plus accentuée toutefois à la face et à la partie antérieure et inférieure de l'abdomen, précisément au niveau et au-dessous de la gibbosité pottique*.

Cette jeune fille porte aussi, *sur ses jambes, des traces de cicatrices*, indice d'ulcérations probablement *tuberculeuses*. Il existait, chez elle, des *vomissements incoercibles quotidiens et datant déjà de six mois environ*.

Ceux-ci ont été *beaucoup plus rares chez le garçon* dont il a été précédemment question et qui présenta aussi des *coliques précédant surtout les entérorrhagies*. Chez lui, les troubles digestifs pouvaient d'ailleurs être expliqués aussi par l'*albuminurie coexistante*.

Sans doute, chez la jeune fille précitée, le *cœur forcé* et le *foie cardiaque*, les *douleurs en ceinture* partant de la gibbosité

(1) Baumel. Capsules surrénales et mélanodermie à propos de deux nouveaux cas de maladie bronzée d'Addison, avec coupes microscopiques du Pr Kiener et dessins de M. Karmanski, 1889.

vertébrale et principalement marquées du côté gauche, pouvaient bien faire donner, des vomissements, une *interprétation pathogénique toute différente.*

Il nous a paru toutefois qu'ils se rattachaient surtout à la *maladie bronzée d'Addison.*

Détail à noter : un *vésicatoire*, appliqué à gauche et en arrière sur le trajet de la douleur en ceinture, *laissa une cicatrice fortement pigmentée.* Ici, *peu ou pas de vitiligo.*

Notre troisième cas (douteux) est relatif à un enfant *mélanodermique* issu de *parents eux-mêmes fortement pigmentés et très bruns.* Ce petit malade, âgé de 3 ans environ, entra deux fois à la clinique pour des *accidents gastro-intestinaux* (vomissements et diarrhée), qui se dissipèrent chaque fois aussitôt que cet enfant fut soumis au régime hygiénique de l'hôpital. Ce cas est bien moins caractéristique, nous le reconnaissons sans peine, que les deux précédents.

Symptomatologie. — Il ne faut pas s'attendre, dans la maladie bronzée d'Addison, à une symptomatologie tapageuse.

Au début *quelques troubles digestifs*, un état de *faiblesse générale* plus ou moins prononcée, un certain degré de *pigmentation mélanodermique* occupant de préférence le *visage* et en particulier le *front,* mais aussi la *face dorsale des mains* (*dont la noirceur* contraste souvent avec la *blancheur des ongles*, *du tégument de la face palmaire*) et enfin l'*abdomen*, le *mamelon*, le *scrotum* ou les *grandes lèvres*, en un mot *les parties du tégument externe généralement plus pigmentées à l'état normal* : tels sont les signes révélateurs habituels d'une maladie bronzée d'Addison.

Tout d'abord *on a de la tendance*, chez l'enfant comme chez l'adulte, *chez le premier plus encore que chez le second*, *à rapporter ces troubles digestifs à une cause tout autre que la maladie bronzée.*

Ce n'est que lorsque, par un examen attentif du sujet, on est arrivé à constater l'existence de la *mélanodermie* (ce qui est relativement difficile et délicat) ou même du *vitiligo* (ce qui est beaucoup plus aisé), que l'on songe à la maladie d'Addison comme cause essentielle de tous les accidents.

L'amaigrissement d'abord, la *cachexie* et le *marasme ensuite*, sont les *conséquences* habituelles et plus ou moins éloignées *de la lésion des capsules surrénales*. La *mort* survient, ici, dans le *coma*, avec des *accidents analogues à ceux de l'urémie;* là, à la suite d'une *localisation tuberculeuse, différente de la localisation surrénale antérieure* (méningite, phtisie pulmonaire), quelquefois même après une *généralisation de l'infection tuberculeuse* (granulie).

Un certain degré *d'anémie* accompagne toujours ou presque toujours la maladie bronzée d'Addison. C'est d'ailleurs ce que dénote *l'examen microscopique du sang*, où l'on a constaté de la *microcythémie* associée parfois à de la *mélanhémie* (présence de pigments dans le sang). Ce qui rend l'anémie difficile à reconnaître, c'est la mélanodermie faciale et tégumentaire, plus ou moins marquée, qui existe généralement.

On a signalé, dans certains cas, de la *mélanurie* (présence de pigments dans l'urine). Cette constatation est toujours des plus délicates à obtenir en clinique.

Il existe un état de *faiblesse générale et musculaire, telle qu'on l'observe assez communément dans l'ictère*, où le malade, *sans entrain et sans forces*, n'a *nul courage et est toujours disposé à l'inertie ou au repos.*

Les *taches de vitiligo sont de deux sortes* : *petites* (quelques millimètres) ou *grandes* (plusieurs centimètres de diamètre). Ce n'est pas seulement leur *dimension* qui est intéressante, à notre avis, c'est encore leur *pathogénie.*

Bien souvent, en effet, ces taches de vitiligo de petite dimension ne sont que *d'anciennes cicatrices.* On les reconnaît assez facilement d'ordinaire, non seulement à l'aide des *anamnestiques* (furoncles, ulcérations, plaies, éruptions vaccinales, varioliques, varicelliques, antérieurs), mais encore par une *zone pigmentaire d'un à plusieurs millimètres qui les entoure*, les encadre pour ainsi dire, les borde immédiatement.

Cela tient, tout simplement, à la *non pénétration du tissu cicatriciel* par le pigment qui s'arrête et s'accumule à sa limite. La *blancheur* et la *décoloration du centre* de ces taches contraste singulièrement avec la *noirceur de leur pourtour.*

Il en est tout autrement des *taches de vitiligo proprement dit*. Celles-ci, *beaucoup plus larges et plus étalées, se fusionnent insensiblement avec les parties tégumentaires avoisinantes*. Loin de reconnaître la pathogénie que nous avons attribuée aux précédentes, il semble que, pour les expliquer, doive intervenir le *rôle du système nerveux*, que nous avons qualifié de *chromodistributeur*, nous dirions même volontiers *chromofixateur*.

Il semble que, sous l'influence de ces lésions nerveuses au moins fonctionnelles, les *cellules dermiques fixatrices de pigment* (zone de Malpighi) *perdent, momentanément ou d'une façon plus ou moins durable, cette propriété*.

Tel est le cas du *garçon* de 14 ans dont nous avons parlé plus haut et qui, avec une *faible mélanodermie*, présentait de *vastes et nombreuses taches de vitiligo*, contrairement à la *jeune fille* pottique de 15 ans qui, avec une *mélanodermie assez intense, ne présentait pas ou presque pas de vitiligo*.

C'est, avec plus d'accentuation toutefois, ce que nous avions observé chez l'adulte dans les deux cas que nous avons publiés et auxquels nous avons fait allusion tout à l'heure (*hémorrhagie intra-capsulaire* d'un côté, *tuberculose surrénale et mal de Pott* de l'autre).

Nous sommes en quelque sorte forcé de rapprocher ces deux observations, relatives à l'adulte et suivies d'autopsie, des deux cas principaux que nous avons observés chez l'enfant.

N'oublions pas que, chez celui-ci, il s'agit, dans l'un, de scorbut avec hématurie.

S'il y avait hémorrhagie rénale et autres, ne sommes-nous pas autorisé à admettre l'existence possible, probable, sinon certaine, d'une *hémorrhagie intra-capsulaire ?*

Ne pourrions-nous pas aussi nous expliquer plus facilement, dans ce cas, les grandes taches de vitiligo par des *hémorrhagies intra-nerveuses ?*

Dans le second, au contraire, il existe de la *tuberculose vertébrale* (mal de Pott), des *traces de tuberculose cutanée* (cicatrices des jambes) et probablement aussi, pour ne pas dire sûrement, de la *tuberculose surrénale*. De là des *troubles*

digestifs (vomissements) *plus intenses, plus chroniques, plus persistants et moins de vitiligo*; *plus, au contraire, de mélanodermie.*

Nous devons rappeler aussi que, dans le travail auquel nous avons déjà fait allusion à diverses reprises, nous admettions l'existence d'un *système ou appareil chromo ou mélano-formateur* (sinon destructeur) (1), à côté d'un *système ou appareil chromo ou mélano-distributeur.*

Dans le premier de ces appareils ou systèmes, figure en tête la *capsule surrénale*, dans le second le *système nerveux périphérique.* Suivant que *la lésion porte exclusivement sur l'un ou sur l'autre,* c'est la *mélanodermie ou le vitiligo qui prédominent.*

Quand l'un et l'autre sont atteints à des degrés divers, on voit la *coexistence des deux manifestations cutanées* (mélanodermie et vitiligo), avec prédominance de l'une sur l'autre, conformément d'ailleurs à celle des lésions de la capsule sur le système nerveux périphérique ou inversement; suivant, en d'autres termes, la prédominance de la lésion sur l'appareil *mélano-formateur,* dans le sens précité, ou, au contraire, sur l'appareil *mélano-distributeur.*

Diagnostic. — Le diagnostic de la maladie bronzée d'Addison est toujours hérissé de certaines difficultés.

Lorsqu'en effet prédominent, surtout chez l'enfant, les *troubles digestifs*, ou la *faiblesse générale,* on a de la tendance a incriminer : les *vices alimentaires*, la *gastro-entérite*, les *diverses maladies de l'appareil digestif ou autres*, l'*évolution dentaire*, la *croissance*, l'*évolution génitale*, l'*anémie*, etc., etc.

Seuls le vitiligo et la mélanodermie mettront sur la voie le pédiâtre assez habile pour les diagnostiquer de bonne heure. Il le sera d'autant plus qu'il se sera plus souvent *trouvé aux*

(1) Voici l'opinion de Beaunis, au sujet de la physiologie des capsules surrénales : « En réalité on ne sait rien de précis sur leurs fonctions..... Ces organes seraient, pour Brown-Séquard, en relation avec la *formation* du pigment dont elles *limiteraient* la production. » H. Beaunis. Nouveaux éléments de physiologie humaine, 2e édition, J.-B. Baillière et fils, Paris, 1881, page 1283.

prises avec ce diagnostic ou que, du moins, il en sera *prévenu* et *se le rappellera* davantage.

Pronostic. — Le pronostic de la maladie bronzée d'Addison est toujours grave. Cette gravité présente toutefois des degrés, suivant la profondeur et la nature de l'atteinte portée aux capsules surrénales.

Ces organes, *en apparence formateurs de pigment à l'état pathologique, sont en réalité destructeurs de pigment à l'état normal.* Brown-Séquard démontrait, il y a déjà longtemps, qu'ils sont plus utiles à l'existence que les reins eux-mêmes, par la *survie plus longue des animaux* privés de ces derniers, si on la compare à celle des animaux auxquels il enlevait les capsules surrénales.

Traitement. — Le traitement de la maladie bronzée d'Addison est le suivant. D'abord, *soutenir les forces du malade* : 1° par une *alimentation* hygiénique et régulière appropriée ; 2° par l'emploi des *toniques* (quinquina) et des *reconstituants* (arsénicaux, phosphate de chaux, etc.)

Ensuite, *une fois la nature de la cause pathogénique reconnue* (syphilis, tuberculose, scorbut, etc.), la combattre avec les moyens dont nous disposons contre elle à l'heure présente (mercure, iodiques ; carbonate de gaïacol, cacodylate, arrhénal ; fer et antiscorbutiques : chou, raifort, oranges, citrons, etc., etc.)

C'est surtout l'altération de la capsule surrénale qui fournit les indications de premier ordre à remplir.

Viennent ensuite les *troubles digestifs* (antiémétiques, constipants).

Après eux, *l'état général de faiblesse et d'anémie progressive.*

Ce n'est qu'en dernier lieu que, pour remédier aux *troubles de pigmentation cutanée, trop intense ou trop faible* suivant les points que l'on considère, viennent prendre place les *moyens physiques* et en particulier *l'électrothérapie*, surtout la *galvanothérapie*, sagement et intelligemment appliquée.

En raison des vomissements incoercibles présentés pendant plus de six mois, par la jeune fille de 15 ans dont nous

avons parlé, nous avons employé chez elle les *lavements alimentaires avec addition, matin et soir, de la poudre d'une demi capsule surrénale de mouton.* Grâce à eux les *vomissements*, d'abord restés *quotidiens*, furent moins fréquents. Ils ont pu même, ensuite, faire défaut certains jours, enfin cesser pendant des semaines entières. La situation était telle, quand la malade quitta l'hôpital de Montpellier, un an après les premiers vomissements. Nous n'en avons plus eu de nouvelles.

XII. — Rhumatisme articulaire aigu

Définition. — Le rhumatisme articulaire aigu est une maladie, encore inconnue dans son essence, qui, avec une fièvre généralement modérée (de 38 à 39°) sauf complication, se traduit par des arthrites douloureuses, ordinairement multiples, ou par l'inflammation de quelque séreuse, en particulier de la plèvre ou du péricarde.

Etiologie. — A en juger par ce que l'on observe dans le rhumatisme dit blennorrhagique, dans ce qu'on appelle le rhumatisme scarlatin et dans la plupart des arthropathies constatées au cours de bien des maladies infectieuses (pseudo-rhumatisme de la pyohémie, du scorbut, etc.), on est assez autorisé à classer le rhumatisme parmi les maladies infectieuses, bien que la véritable cause de cette infection nous soit encore inconnue. Achalme prétend avoir trouvé un bacille particulier dans le sang des rhumatisants.

L'hérédité et le froid humide en sont les causes les plus fréquentes.

Symptomatologie. — Les symptômes ne diffèrent pas sensiblement ici, c'est-à-dire chez l'enfant, de ce qu'ils sont chez l'adulte : douleurs articulaires, que le simple contact ou le moindre mouvement exagère, arrachant des cris au patient ; gonflement articulaire et périarticulaire, avec coloration normale du tégument.

Il est peu de maladies aussi déglobulisantes que le rhuma-

tisme. De là, cette *pâleur excessive des téguments* chez la plupart des rhumatisants, pâleur plus marquée encore, si c'est possible, chez l'enfant atteint de rhumatisme et qui avait motivé, de la part des anciens, le nom de *febris pallida* donné à la fièvre rhumatismale. Ils avaient été justement frappés, en effet, de la coexistence, un peu contradictoire, de la fièvre d'une part, de la pâleur excessive d'autre part, symptômes qui, d'ordinaire, ne vont pas de pair dans la plupart des états fébriles.

Au cours de cette maladie se montrent des *sueurs profuses* et *nullement critiques de la fièvre.* Seules, les sueurs abondantes que l'on observe au cours de la suette et la sueur agonique, se trouvent, à ce point de vue, dans les mêmes conditions que celles des rhumatisants.

La *constipation* est la règle dans le rhumatisme. Cela s'explique suffisamment et par les sueurs profuses et par l'anémie profonde, qui existent au cours de cette maladie.

De là même, comme nous le verrons plus loin, une source particulière d'indications.

La péricardite et la pleurésie rhumatismales n'ont pas des symptômes différents de ceux de la péricardite ou de la pleurésie en général. Il en est de même de l'endocardite, assez fréquente dans cette maladie.

Le rhumatisme articulaire aigu présente ceci de caractéristique, c'est qu'il est d'une mobilité parfois extrême, qu'il soit poly — ou mono-articulaire. On le voit, subitement pour ainsi dire, débarrasser les articulations prises, pour envahir une ou plusieurs de celles qui, jusque-là, étaient restées indemnes.

Le torticolis osseux peut être la conséquence, rare il est vrai, du rhumatisme articulaire siégeant sur la colonne vertébrale cervicale.

Les muscles sterno-cléïdo-mastoïdiens, ceux de la nuque, sont le siège le plus habituel du rhumatisme musculaire dans l'enfance. On observe plus rarement, à cet âge, la pleurodynie ou le lumbago.

Le rhumatisme *aime beaucoup le cœur chez l'enfant*, aussi

voit-on facilement survenir chez lui l'endo-péricardite et la symphyse du péricarde, que nous étudierons plus loin.

Il faut toutefois reconnaître que le rhumatisme, aigu ou chronique, est relativement rare en clinique pédiatrique. Nous ne l'avons observé que très exceptionnellement. Il est le plus souvent héréditaire.

Une de ses complications les plus redoutables est le rhumatisme cérébral, qui s'accompagne souvent d'une hyperthermie excessive (40, 41°).

Diagnostic. — Il ne faut pas se hâter de diagnostiquer le rhumatisme articulaire aigu, chez l'enfant, en présence de douleurs articulaires ou para-articulaires, même assez intenses.

Nous avons vu que le scorbut, le purpura, les déterminent ; il en est de même de la maladie de Parrot ou achondroplasie, sorte de syphilis héréditaire précoce, que l'on observe presque dès la naissance (voir plus loin Syphilis), sans parler des douleurs osseuses de croissance et de celles que déterminent le rachitisme et ses fractures plus ou moins complètes (douleurs avec lesquelles il faut toujours compter chez l'enfant), pas plus d'ailleurs que des arthropathies de la chorée, du rhumatisme scarlatin, etc., etc.

Une localisation du rhumatisme articulaire, aigu d'abord, chronique ensuite, qui présente une certaine difficulté diagnostique, est l'arthrite vertébrale.

Le mal de Pott s'en distingue par sa gibbosité ou par la douleur épiphysaire que l'on provoque facilement à la simple pression.

Pronostic. — Si les complications viscérales les plus redoutables du rhumatisme aigu (rhumatisme cérébral) s'observent rarement chez l'enfant, il n'en est pas moins grave, même à cet âge, au point de vue pronostique, en raison des complications cardiaques et surtout endo péricardiques qui en résultent le plus souvent.

Traitement. — Comme chez l'adulte, le remède le plus efficace est encore le salicylate de soude, véritable spécifique du rhumatisme articulaire aigu, que l'on donne à la dose de 50 centigrammes à 3 grammes, suivant l'âge, et dans une

potion de 150 grammes, à raison d'une cuillerée à bouche toutes les trois heures.

L'alimentation, qui doit consister en bouillon et surtout en lait toutes les trois heures tant que dure la fièvre, peut être ensuite progressive.

L'huile de camomille camphrée chaude, en applications locales sur les articulations douloureuses, est précieuse comme calmant. On enveloppe celles-ci de ouate. Le tout est maintenu par une bande, d'où il résulte un certain degré d'immobilité, également des plus utiles au point de vue de la douleur. Tout calmant réfrigérant nous paraît plutôt dangereux et susceptible de produire la *métastase* ou déplacement de la fluxion rhumatismale.

XIII. — Fièvre intermittente
Maladie paludéenne. — Fièvre des marais

La malaria peut se présenter, chez l'enfant, sous ses différentes formes : fièvre, névralgie intermittente, cachexie. De toutes la plus commune est sans contredit la fièvre intermittente.

Étiologie. — Cette dernière, comme les autres formes du paludisme, est déterminée, de l'avis unanime des auteurs classiques, par l'hématozoaire de Laveran, qui, on le sait, se présente sous quatre formes différentes (corps sphériques, flagella, corps en croissant, en rosace) et que certains moustiques, par leur piqûre, feraient pénétrer dans le sang de l'homme. Il n'est pas impossible que l'air et l'eau interviennent comme vecteurs du parasite et favorisent sa pénétration dans l'économie.

L'hématozoaire de Laveran se rencontre, non seulement dans des pays actuellement marécageux, mais encore dans d'autres qui le furent autrefois et ne le sont plus actuellement. De là, deux de ses origines, apparentes au moins, l'une aquatique et marécageuse, l'autre terrestre.

Définition. — La fièvre intermittente, comme son nom

l'indique, est une fièvre qui reparaît par accès, séparés par

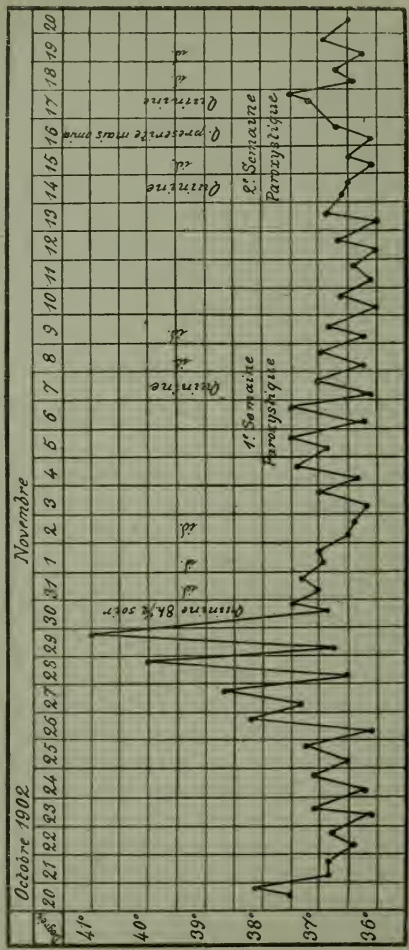


Fig. 13. — Fièvre intermittente, à type quotidien, observée chez un enfant de 4 ans.

un intervalle d'apyrexie plus ou moins long, suivant le type

(1 jour, *quotidien* ; 2 jours, *tierce*; 3 jours, *quarte*). On dis-

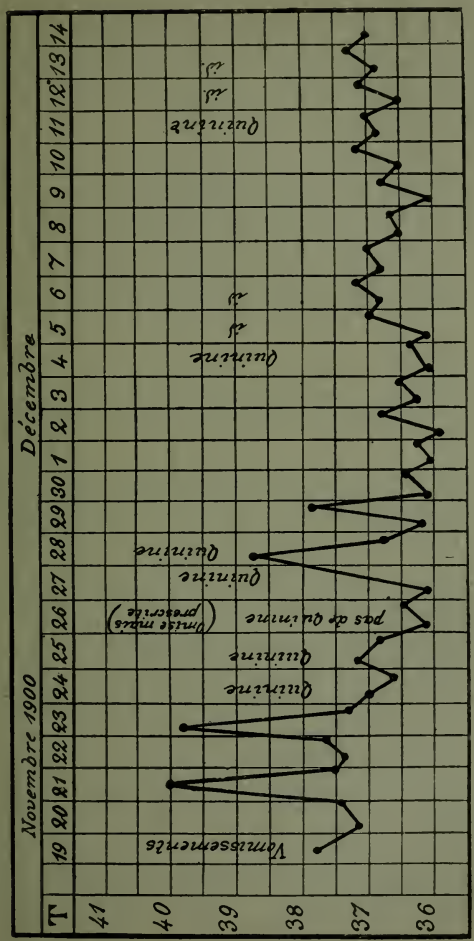


Fig. 14. — Fièvre intermittente (type tierce) observée chez un enfant de 12 ans.

tingue encore des types : *double quotidien* ; *double tierce*

(accès tous les jours, avec concordance entre eux, comme heure ou comme intensité, de deux en deux jours) ; *double quarte* (accès deux jours de suite, avec concordance particulière de chacun d'eux avec les deux suivants; le premier accès d'une série a lieu à trois jours d'intervalle de l'accès correspondant de la série suivante, le second de l'une, à égal intervalle du deuxième de l'autre).

Ce que ne dit pas le mot de *fièvre intermittente*, c'est qu'il existe une certaine *périodicité*, *toujours la même pour un même type*, c'est-à-dire un *intervalle d'apyrexie toujours égal* séparant les accès (Voir les figures ci-dessus).

Nous n'insisterons pas davantage, sur ces données générales, que nous devons supposer connues en pédiâtrie.

Symptomatologie. — Ce qui nous intéresse plus spécialement ici ce sont :

1° L'âge auquel on peut observer la fièvre intermittente chez l'enfant ;

2° La forme plus spéciale qu'elle paraît y revêtir ;

3° Les particularités, symptomatologiques, évolutives ou thérapeutiques, qui lui sont propres, à cette époque de la vie.

Quoique nous exercions dans un milieu ou la fièvre intermittente n'est pas des plus fréquentes, nous l'avons observée cependant à toutes les périodes de l'enfance c'est-à-dire depuis l'âge de *quelques mois* (3 ou 4), chez le nourrisson par conséquent, jusqu'à 15 et 16 ans ou jusqu'aux limites de la seconde enfance. Elle est plus fréquente toutefois pendant celle-ci que durant la première.

Le nourrisson, auquel il est fait allusion plus haut, était de Frontignan.

La plupart des cas que nous avons observés, dans la seconde enfance ou même plus tôt, sont relatifs à des enfants ayant suivi leurs parents en Camargue, pour les vendanges.

La forme la plus habituelle, que la fièvre intermittente paraît revêtir chez l'enfant, est la forme *algide*. C'est-à-dire

que, comme nous l'avons précédemment indiqué (1), ce qui domine dans l'accès de fièvre intermittente, à cet âge, c'est *l'algidité* ou période de froid intense, le plus souvent accompagnée de vomissements. Qu'il se produise *périodiquement*, chez un enfant, de la *réfrigération avec vomissements* et l'on doit, tout de suite, penser à la *malaria* et à la *fièvre* intermittente.

Chez le nourrisson, dont nous avons parlé plus haut, telle était la forme revêtue par le paludisme. Nous l'avons observée aussi dans bien d'autres cas de fièvre intermittente, chez l'enfant, principalement chez les plus jeunes.

Ceci ne veut point dire que la fièvre intermittente, proprement dite, ne puisse pas être observée à cette époque de la vie.

Parfois la période initiale de *frisson* ou de *froid* semble s'écourter, pour faire place à celle de *chaleur* ou de *fièvre*, rarement suivie de sueurs profuses, telles qu'on les observe chez l'adulte.

Dans un cas, même, d'embarras gastrique fébrile continu, nous avons reconnu l'existence de l'impaludisme au simple aspect de la courbe et à la *périodicité de l'exacerbation fébrile*, revenant régulièrement tous les deux jours. Renseignements pris, nous sûmes, ce que nous ignorions jusque-là, que le père et la mère de cette enfant étaient entrés à l'hôpital pour des fièvres intermittentes, contractées en Camargue pendant les vendanges. Plusieurs de ses frères ou sœurs avaient été dans les mêmes conditions que leurs parents.

Comme détail particulier, concernant l'enfant dont nous parlons, il est bon d'ajouter qu'en raison de son jeune âge (3 ans) elle n'avait point *été prise à la vigne* par sa mère et était restée *tout le temps des vendanges à la maison*, dans le village.

Un point spécial à la fièvre intermittente, chez l'enfant, c'est qu'elle est plus rebelle au traitement spécifique ou que,

(1) L. Baumel. — Fièvre intermittente, in Leçons cliniques sur les maladies des enfants. Paris, Masson, 1893, page 184 et suivantes.

du moins, ce dernier doit subir, pour être véritablement efficace, certaines modifications que nous avons depuis longtemps décrites ailleurs. Il faut *raccourcir les semaines paroxystiques* et, *après chacune, répéter plusieurs fois*, c'est-à-dire plusieurs jours de suite, la *prescription de la quinine.*

Nous ne voulons pas empiéter, en ce moment, sur l'étude thérapeutique de cette importante question, nous voulons toutefois faire observer dès à présent que, si Trousseau avait pu affirmer que, chez l'adulte, la fièvre intermittente, une fois coupée, ne revenait pas avant huit jours et même plus, il en est tout autrement chez l'enfant. Ici la fièvre reviendra au bout de 4 à 5 jours. D'où, la nécessité de donner la quinine, non pas seulement au bout de 8 jours, mais déjà après 4 ou 5. Et si, comme le pratiquait efficacement chez l'adulte notre regretté maître le Professeur G. Dupré, comme nous l'avons pratiqué nous-même avec succès dans les mêmes conditions, on ne donnait la quinine à l'enfant qu'une seule fois (après chaque semaine paroxystique ainsi écourtée), on verrait les accès se reproduire à plus court intervalle encore et quelquefois même au bout de 3 jours seulement.

La première conclusion à tirer de ces faits, c'est que : l'enfant est *imprégné* ou, si l'on préfère, *infecté* par l'impaludisme plus encore que ne l'est l'adulte, toutes choses égales d'ailleurs.

La deuxième, c'est que : les semaines paroxystiques doivent être raccourcies.

La troisième enfin, c'est que : la quinine doit être répétée plusieurs jours de suite et non administrée un seul jour, après chaque semaine paroxystique, comme chez l'adulte.

Restait à approfondir les raisons de cette imprégnation plus grande de l'organisme infantile. Nous avons cru pouvoir l'expliquer : d'abord, par la pénétration plus facile des tissus de l'enfant, étant donnée leur perméabilité plus grande, résultant elle-même de sa nutrition et de son absorption plus actives ; ensuite, par la composition particulière et spéciale à cet âge du sang, qui contient, ainsi que nous l'ont

démontré MM. Hayem et Cadet (1), une proportion beaucoup plus grande de globules blancs que celui de l'adulte (19.400 au lieu de 6.400 par millimetre cube, c'est-à-dire 1/300 au lieu de 1/800).

Il semble même que le type continu, signe d'une infection plus intense, s'observe de préférence chez l'enfant plus jeune (Voir les fig. 13 et 14 relatives à deux frères d'un âge différent), en raison *précisément* de son imprégnation plus facile.

Diagnostic. — Le paludisme exige, on le voit aisément, sinon une très grande sagacité de la part du pédiâtre, du moins la connaissance de certains points de détail sans lesquels, non seulement le diagnostic pourrait ne pas être porté dans certains cas, mais encore la maladie s'éterniser et s'aggraver par suite d'une thérapeutique mal dirigée (2). Il n'y a de difficultés réelles, et encore ne sont-elles point insurmontables, que lorsque la fièvre intermittente complique une autre maladie aiguë (broncho-pneumonie par exemple) ou qu'elle coexiste avec la fièvre de dentition, comme l'indiquent les deux figures suivantes. M. le professeur Luigi Concetti (de Rome) demande que le diagnostic ne soit établi que par la recherche et la découverte de l'hématozoaire de Laveran dans le sang du sujet. Cela ne nous paraît pas absolument indispensable.

Pronostic. — Il est généralement bénin. On doit voir rarement chez l'enfant la cachexie paludéenne, si fréquemment rencontrée chez l'adulte. Nous avons vu parfois la fièvre intermittente durer fort longtemps chez les petits malades et les anémier profondément. La faute en était, le plus souvent, à l'ignorance des règles élémentaires énoncées plus haut et qui doivent diriger, à l'avenir, toute thérapeutique ayant la pré-

(1) Hayem et Cadet, cités par Tarnier, Chantreuil et Budin, in Allaitement et hygiène des enfants nouveau-nés. Couveuse et gavage. 2e édition. Paris, 1888.

(2) Voir, pour plus de détails sur cette question, notre leçon sur la fièvre intermittente chez l'enfant, in Leçons cliniques sur les maladies des enfants. Paris, Masson, 1893, et la thèse de M. le Dr Vitalis Cohen, sur le même sujet. Montpellier, 1900.

tention d'agir en connaissance de cause et, non seulement le

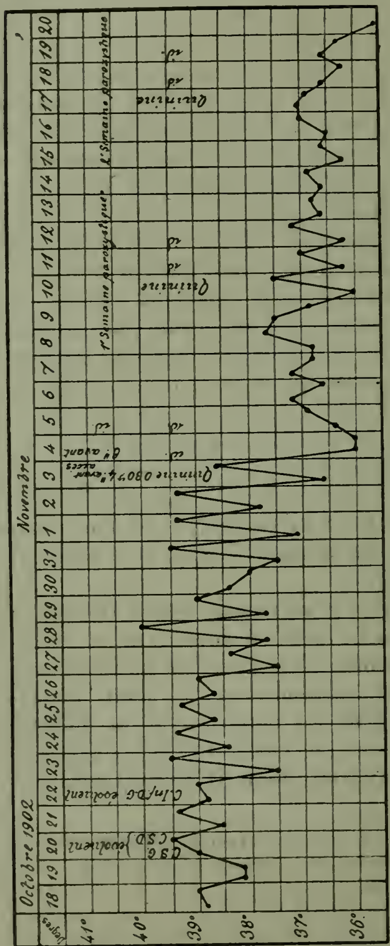


Fig. 15. — Broncho-pneumonie, fièvre intermittente (type quotidien). Périodicité observée chez un enfant de 2 ans pendant la convalescence d'une broncho-pneumonie et au cours de l'évolution dentaire.

plus efficacement, mais encore le plus rapidement possible.

Traitement. — Il est bon de distinguer, ici, suivant que l'on se trouve en présence d'un enfant tout jeune (nourrisson par exemple) ou, au contraire, d'un enfant approchant déjà de l'adolescence.

Dans le premier cas, c'est le sirop de quinine (sulfate le plus souvent) auquel il faut avoir recours.

Dans le second, on peut formuler les diverses préparations que l'on a l'habitude de prescrire à l'adulte (potion, cachets, injections hypodermiques, etc.)

Une fois la dose de sulfate de quinine déterminée, suivant l'âge et *pro die*, c'est-à-dire depuis 10, 15 ou 20 centigrammes jusqu'à 80 centigrammes ou 1 gramme (de la naissance à 15 ans), il est bon de se rappeler que pour agir sur un accès et, non point seulement l'atténuer, mais surtout le supprimer, il est nécessaire, indispensable même, d'administrer le sulfate de quinine en plusieurs fois, deux ou trois (en une heure généralement), et de façon à ce que la dernière dose soit prise 6 heures avant le moment présumé de l'accès.

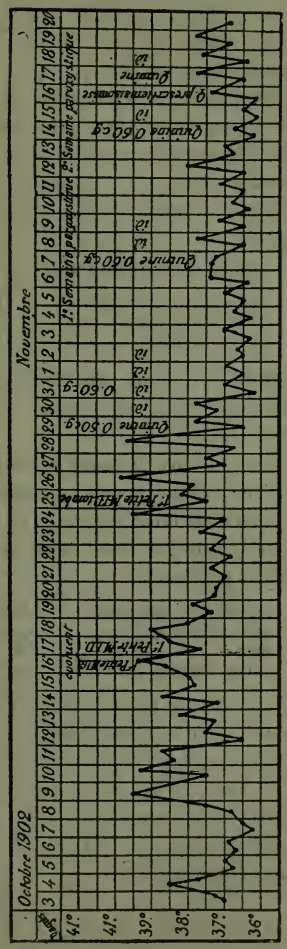


Fig. 16. — Fièvre de dentition et fièvre intermittente (type tierce) chez un enfant de 10 ans.

Au lieu de deux jours de suite, au début, comme chez l'adulte, on y recourra, chez

l'enfant, pendant trois jours consécutifs (et encore *à la condition expresse qu'il n'y ait pas eu d'accès, même atténué*, pendant ce laps de temps). Après quoi, ainsi que nous l'avons dit plus haut, on raccourcira les semaines paroxystiques (quinine le cinquième jour, au lieu du septième comme chez l'adulte); enfin, administration de l'antipériodique *trois* jours de suite, au lieu d'un, pour observer chaque semaine paroxystique. Comme chez l'adulte, il est nécessaire *d'en observer trois*, sans compter les premières prises, celles qui ont eu pour but et pour effet de *couper* la fièvre, au début même du traitement.

Le sirop de quinine sera ainsi composé :

Sulfate de quinine. . .	10, 20 ou 30 centigrammes
Acide tartrique. . . .	q. s.
Sirop simple.	20 ou 30 grammes

à prendre en deux ou trois fois (à 1 heure ou 1/2 heure d'intervalle, suivant le cas) et toujours de façon à finir 6 heures avant l'accès.

Chez l'enfant grandet (2e enfance), on formulera :

Cachets de sulfate de quinine à 20, 30 ou 40 centigrammes l'un. Deux ou trois de ces cachets seront pris dans le même intervalle que précédemment et à la même distance de l'accès. Ou bien, potion avec :

Sulfate de quinine . .	40 à 80 centigr. (suivant l'âge)
Acide tartrique . . .	q. s.
Eau.	40 grammes
Sirop simple	20 —

En deux ou trois fois, à la même distance de l'accès et dans le même laps de temps.

Entre les deux âges extrêmes de l'enfance, c'est-à-dire de 1 à 5 ans ou au-delà, on peut recourir aux granules, recommandés par Jules Simon (1) et qui rappellent aux enfants les dragées ou plutôt les bonbons dont ils sont si friands en général.

(1) Jules Simon. Conférences thérapeutiques et cliniques sur les maladies des enfants, 3e édition, Paris, Delahaye et Lecrosnier, Tome I, 1889, p. 159.

Ils doivent être avalés seuls ou dans une cuillerée de liquide quelconque, *sans mâcher*. On en fait le nombre *que l'on veut* et on les administre dans les *mêmes conditions de dose et de temps* que précédemment.

Jules Simon conseille encore, quand on a recours au *lavement* de quinine, une dose *double* de celle qu'on administre par la voie gastrique. Il a été sans doute guidé, dans ce conseil, par la *difficulté qu'ont les* enfants à *recevoir ou à garder* les lavements. Nous avons voulu nous y conformer, certain jour, nous avons eu toutefois à le regretter. L'enfant a été plongé dans un coma profond et a longtemps éliminé du sulfate de quinine par les urines. L'analyse en fut faite, à plusieurs reprises et à ce point de vue, par notre interne M. Magnol, licencié ès sciences physiques.

Comme les accès produisent facilement des vomissements, comme ils peuvent avancer l'heure prévue pour leur retour et que ceux-ci peuvent être provoqués par la seule administration du sulfate de quinine, on est bien exposé, il faut s'en rendre compte, à ce que le médicament soit vomi en partie ou en totalité et à ce que, par suite, il agisse mal ou n'agisse même point.

Dans ces conditions, la tentative est nulle. Elle doit être recommencée, sous la même forme ou sous une autre.

C'est lorsque les vomissements se répètent plusieurs jours de suite que l'on peut essayer des lavements et, mieux encore, des suppositoires au sulfate de quinine. Étant donnés l'indocilité, la bizarrerie et le caractère capricieux de certains enfants, on se rend, avec ce dernier moyen et au cas d'expulsion, mieux compte, qu'avec les lavements, de la quantité de médicament qui a pu être absorbée, au moment de cette expulsion.

Les injections hypodermiques peuvent alors nous rendre de signalés services, chez l'enfant comme chez l'adulte. On mettra la dose à injecter dans la valeur d'une seringue ou d'une 1/2 seringue de Pravaz, c'est-à-dire 1 ou 1/2 centimètre cube d'eau distillée.

La dose quotidienne, dans ce cas, sera moitié moindre de

celle que l'on administre par la voie buccale. On y ajoutera toujours, pour favoriser la solution : acide tartrique Q. S.

Nous ne dirons rien de la pommade à la quinine, appliquée sur le tégument externe, parce que nous la considérons comme un très mauvais moyen d'administration de ce remède, en raison de la faible absorption cutanée, même dans le jeune âge.

Les divers composés de quinine : bromhydrate, valérianate, pourront trouver chacun leurs indications particulières et offrir leur utilité spéciale. Nous avons eu rarement à y recourir. De tous les sels de quinine, nous préférons de beaucoup le sulfate.

Pendant la convalescence, les préparations de quinquina (sirop ou décoction) seront d'utiles adjuvants de la médication quinique.

Parfois, dans certains cas plus particulièrement rebelles de la seconde enfance où la cachexie et l'anémie seront grandes ou simplement menaçantes, l'arséniate de soude en solution (10 centigrammes pour 200 grammes d'eau et à raison de 5 à 10 grammes par jour en deux fois, matin et soir), mais aussi les diverses préparations ferrugineuses (voir anémie) pourront être employés très efficacement.

XIV. — Fièvre typhoïde

Définition. — La fièvre typhoïde est une fièvre qui, comme son nom l'indique, ressemble au typhus, par l'état général de prostration et d'affaissement qu'elle détermine à un moment donné.

Etiologie. — La fièvre typhoïde, chez l'enfant comme chez l'adulte, est produite par le bacille d'Eberth, le plus souvent apporté dans l'organisme par l'eau d'alimentation. Voilà pourquoi l'enfant tout jeune et le nourrisson surtout en sont si rarement atteints. Ce n'est guère qu'au-dessus de 4 ans qu'on commence à l'observer, sauf contagion, ce qui est rare.

Symptomatologie. — Le petit malade est d'abord mal en train (période prodromique), ses fonctions digestives se font

mal. Il existe de l'anorexie ; parfois, assez souvent même, des vomissements ; enfin, de la diarrhée ou, au contraire, de la constipation. Les premières voies digestives, la langue en particulier, sont généralement saburrales. Dans certains cas, les bords et la pointe de cet organe sont plus ou moins rouges. La soif est intense. Le teint pâle ou terreux, les yeux cernés. Le malade accuse des douleurs à la nuque, de la céphalalgie, des coliques, du vertige.

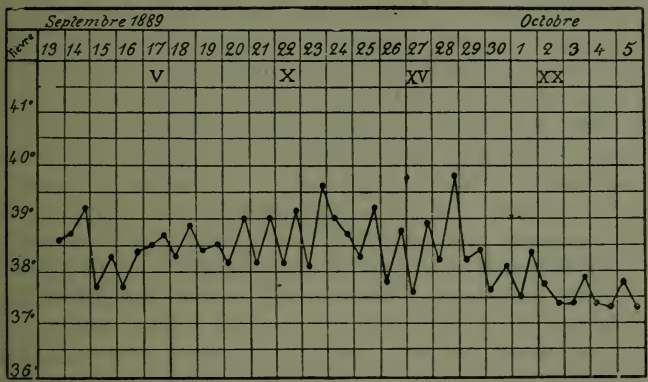


Fig. 17. — Courbe thermique d'une fièvre typhoïde observée chez un enfant de 14 ans.

C'est dans ces conditions que s'allume la fièvre, faible d'abord, mais progressive pendant un septénaire, toujours plus élevée le soir que le matin, aussi longtemps que dure la maladie, sauf complications intercurrentes : épistaxis abondantes, hémorrhagie intestinale, qui l'abaissent ; péritonite ou broncho-pneumomie, méningite, abcès éberthiens, otite, qui l'élèvent.

Cette *première période* ou *période d'augment* revêt, sur la courbe, la forme d'un escalier ascendant. Partie le premier jour des environs de 38°, la fièvre présente généralemeut un degré de plus le soir que le matin et, chaque matin ou chaque soir, un demi degré de plus que le matin ou le soir précédents.

Tel est, au point de vue thermique, le premier septénaire.

Le second est constitué par un *plateau*. La courbe, arrivée à son maximum, oscille encore d'un degré environ du matin au soir et d'un 1/2 degré, en plus ou en moins, autour d'une température fixe et moyenne. C'est là, la période d'état.

Le troisième septénaire présente, comme courbe, la disposition inverse de celle du premier, c'est-à-dire un escalier descendant. C'est là, la période de *déclin*.

Il est évident que cette courbe même indique : tout d'abord, l'établissement et l'envahissement ou, si l'on préfère, l'extension de l'infection (augment) ; puis, la généralisation de celle-ci (état); enfin, sa diminution (déclin), si la maladie évolue normalement et si la guérison doit en être la conséquence. Dans le cas contraire, l'aggravation (par complications), surtout si la mort doit en résulter, se traduit, d'ordinaire, par une hyperthermie plus ou moins irrégulière.

Les épistaxis se produisent parfois et se répètent assez fréquemment, soit au début, soit au cours de la maladie. Des hémorragies intestinales, dans certains cas très abondantes, surviennent, que le *sang*, *rutilant* ou *noir*, soit mélangé aux matières fécales, liquides le plus souvent, ou qu'au contraire il soit expulsé seul. Il est, dans ces cas, rutilant d'ordinaire. Quelquefois l'hypothermie seule met sur la voie du diagnostic de la complication.

L'abondance excessive d'une hémorrhagie, quel qu'en soit le siège, superficiel ou profond, externe ou interne, a pour premier effet un abaissement, parfois considérable, de la température, quelle que soit celle des périodes de la maladie où elle s'est produite. Bientôt après (24 ou 48 heures en moyenne) la température remonte de nouveau.

Il faudra se rappeler, si l'on donne du bismuth par exemple, que de ce fait les selles sont noires, sans que la présence du sang puisse en être incriminée. Il sera facile, d'ailleurs, de s'en rendre compte par la suppression du médicament.

Des troubles digestifs dominent la scène, soit que des vomissements se produisent, ce qui a lieu plus fréquemment

chez l'enfant que chez l'adulte, soit que la diarrhée persiste ou devienne plus abondante. Ceci surprendra d'autant moins que les lésions intéressent principalement les plaques de Peyer et les follicules clos de l'intestin. Inflammatoires et infectieuses d'abord, ulcéreuses ensuite, elles sont même parfois perforantes.

Il se produit aussi, sous leur influence, de l'adénopathie mésentérique (*spécifique* ou *commune*), bientôt suivie d'une tuméfaction analogue du foie et de la rate, que vient accroître souvent un état cardiaque de ces mêmes organes, résultant soit d'un cœur forcé, comme dans les complications pleuro-pulmonaires, soit d'altérations cardiaques spécifiques, telles que : l'endo-péricardite (endocardite surtout) ou la myocardite et la dégénérescence vitreuse ou cireuse du muscle cardiaque, si commune dans cette maladie, infectieuse par excellence.

Un état nerveux et cérébro-spinal, ataxo-adynamique le plus souvent, ne tarde pas à survenir dans ces conditions, soit qu'il relève des diverses infections d'origine digestive qui peuvent se produire (absorption de produits infectieux, normaux ou pathologiques, au niveau des plaques de Peyer enflammées ou ulcérées) ; soit qu'il résulte des progrès et de l'extension, de la généralisation, en un mot, de l'infection spécifique elle-même ; soit enfin qu'il s'explique par l'action de la fièvre et surtout de l'hyperthermie sur les éléments nerveux, ou même par les perturbations nutritives et circulatoires, qui sont la conséquence forcée des lésions particulières aux organes de la nutrition et de la circulation. Nous les avons précédemment indiquées.

Cet état nerveux se révèle par du subdélire ou, au contraire, par un délire plus ou moins violent, parfois aussi par du coma, de la stupeur, enfin par des tremblements dans les membres et aux extrémités, de la carphologie, etc.

Pour être complet nous devons ajouter qu'on voit parfois, pendant la convalescence, survenir un délire, si bien décrit par notre regretté maître, le Professeur Dupré, sous le nom de délire analeptique et qui ne réclame que l'alimentation.

La faim est telle, à ce moment de la maladie, qu'elle constitue un véritable danger.

Le rein lui-même ne tarde pas à subir l'influence, tantôt plus particulièrement de la fièvre intense, tantôt de l'infection excessive, tantôt enfin des perturbations circulatoires résultant de l'état du foie et de la rate, mais surtout de celui du cœur et même de l'encéphale ou de la moelle. C'est par la faible quantité d'urines, s'il est possible de les recueillir, mais principalement par l'albuminurie plus ou moins intense, que se dénote cette participation rénale.

L'analyse attentive des urines, l'auscultation bien faite du cœur et des poumons, l'examen minutieux des divers organes abdominaux, doivent être pratiqués aussi souvent qu'une marche anormale se produit du côté de la courbe thermique ou que survient, dans l'état général ou local du sujet, une aggravation à expliquer.

Chez l'enfant, on observe assez fréquemment tous les signes d'une péritonite plus ou moins grave : vomissements, selles rares, météorisme abdominal intense, douleurs vives spontanées ou provoqués dans la fosse iliaque droite (avec ou sans le gargouillement classique, quoique non pathognomonique, auquel la fièvre typhoïde donne assez souvent lieu en ce point), matité ou submatité, dans une zone plus ou moins étendue, au niveau et dans le voisinage de la région douloureuse.

Ce sont là sans doute tout autant de signes de complication, mais qu'il ne faut pas toujours considérer comme absolument défavorables, étant donnés les bienfaits habituels de la *péritonite adhésive*, obturatrice, providentielle, pour employer un mot familier aux anciens cliniciens.

C'est du mélange et de l'intensité de ces divers symptômes ou complications que résulte, pour chaque cas particulier, le tableau qui lui est propre à un moment quelconque de l'évolution de cette maladie, cependant *cyclique* au premier chef.

Nous reproduisons, ci-après, la courbe relative à un enfant qui, avec de la péritonite très étendue, présenta de l'albuminurie intense et une pneumonie avec microbe de

Talamon-Frœnkel caractéristique, au cours de sa fièvre typhoïde. Le tout se termina d'ailleurs par la guérison.

Diagnostic. — Peu de maladies pourraient être confondues avec la fièvre typhoïde. Ce sont : la tuberculose aiguë, généralisée ou non ; mais, surtout au début, l'embarras gastrique fébrile et la gastro-entérite, principalement alimentaire, que l'on observe si communément chez l'enfant.

L'ensemble des symptômes décrits plus haut (dont quelques-uns peuvent manquer, épistaxis par exemple, ou se produire par d'autres voies, métrorrhagie ou ménorrhagie dites pour ce motif *épistaxis utérines*) mettra facilement sur la voie. Si l'on a encore des doutes, la réaction de Vidal ou séro-diagnostic pourra être de quelque utilité, mais surtout l'examen attentif de la courbe thermique, qui a toujours été pour nous le guide le meilleur et le plus sûr, à condition que l'interprétation en soit saine et réfléchie, non point légère et systématique.

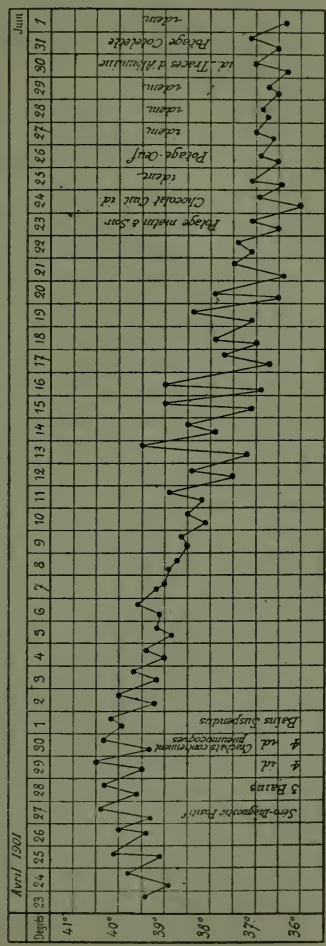


Fig. 18. — Courbe thermique de fièvre typhoïde compliquée de pneumonie, chez un enfant de 10 ans.

Nous n'attachons pas, personnellement, une grande importance aux taches rosées lenticulaires, que nous avons vues fort peu nombreuses généralement et que l'on confond si facilement d'ailleurs avec beaucoup d'autres éruptions d'origine différente.

Pronostic. — Le pronostic, chez l'enfant, est généralement bénin, à condition toutefois : 1° que le médecin soit appelé dès le début : 2° que l'état de santé habituelle de l'enfant soit relativement bon.

Il est aggravé, au contraire, par les diverses complications (abdominales, pleuro-pulmonaires, cardiaques, cérébro-spinales, bulbaires, rénales, etc.) qui peuvent survenir à un moment donné.

L'état du cœur devra surtout attirer l'attention et être surveillé avec le plus grand soin.

Le dicrotisme du pouls et sa fréquence plus ou moins grande sont de règle dans la fièvre typhoïde Mais ce qui doit le plus inspirer de l'inquiétude et devenir l'objet d'indications spéciales, ce sont : sa dépressibilité excessive, son irrégularité extrême, le nombre incalculable de ses pulsations et principalement son *intermittence*, que nous avons souvent constatée peu de temps avant la mort (de quelques heures à plusieurs jours).

Nous n'avons vu qu'une fois se produire la perforation intestinale et cela chez une fillette de 6 ans. Elle fut mortelle, comme elle l'est d'ailleurs habituellement.

Les *rechutes*, qui sont fréquentes, sont généralement plus bénignes que la maladie elle-même. Nous en avons vu jusqu'à deux chez le même sujet. Elles sont dues, d'ordinaire, à une alimentation trop précoce, ou bien à ce que le malade s'est levé trop tôt ou qu'il est resté trop longtemps assis sur son lit.

Traitement. — Le traitement comprend : 1° le régime ; 2° les moyens médicamenteux.

Le régime est on ne peut plus important à connaître. Il doit consister en lait ou bouillon (lait surtout) *toutes les trois heures*. Les médicaments sont administrés dans l'intervalle.

Le lait doit être donné bouilli, tiède et à la dose qui

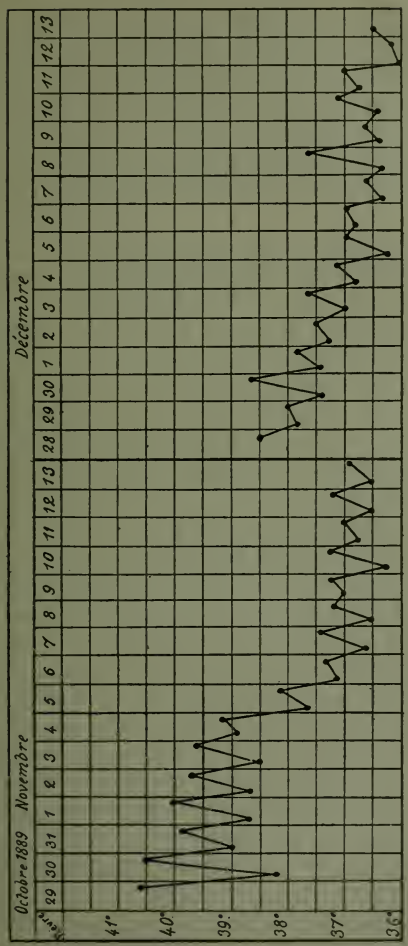


Fig. 19. — Rechutes de fièvre typhoïde chez un enfant de 14 ans. Ces 2 courbes et celle de la fig. 17 sont relatives au même malade.

convient au petit malade, suivant son âge. De 1 à 2 litres par

jour, au-dessus de 4 ans, c'est-à-dire de 100 à 200 grammes par prise.

On donnera de la tisane tiède, de riz (diarrhée) ou d'orge (constipation), *une heure après*, mais peu à la fois (de 60 à 120 grammes, suivant l'âge). L'important est de ne pas dilater l'estomac. On favorise, ainsi, la lixiviation de l'organisme et l'élimination des substances toxiques ou microbiennes contenues dans le sang et les divers tissus ou organes.

Enfin, *deux heures après le lait*, on administrera la potion suivante :

Benzonaphtol . . .	30 centigrammes à 1 gramme	selon l'âge
Salicylate de bismuth ou de magnésie	de 15 à 50 centigr.	
Julep gommeux	60 à 120 grammes	

à raison d'une ou deux cuillerées à café pour les enfants tout jeunes, d'une cuillerée à bouche dans la seconde enfance.

Cette potion sert à désinfecter l'appareil digestif, par le benzonaphtol qui est insoluble, et l'organisme tout entier, par l'acide salicylique du sel employé. On choisira de préférence la magnésie ou le bismuth, suivant qu'il y aura constipation ou diarrhée.

La méthode de Delarroque, ou méthode purgative systématique, nous paraît devoir être plus nuisible qu'utile, principalement chez l'enfant. Nous avons au contraire retiré les meilleurs effets de légers *laxatifs, momentanément employés*, lorsque surtout *la constipation est opiniâtre.*

Celle-ci, nous l'avons signalé depuis longtemps, comme la diarrhée d'ailleurs, est souvent cause d'exacerbation fébrile, même persistante ; la première, en favorisant l'absorption de produits toxiques ou infectieux, par la rétention des matières fécales elles-mêmes dans l'intestin ; la seconde, par l'extension ou l'élargissement des ulcérations intestinales, à la faveur de contractions péristaltiques plus intenses cu plus fréquentes, au niveau des parties lésées, dont la couche musculaire elle-même est parfois sectionnée.

De là, une tendance toute naturelle des fibres musculaires, circulaires ou longitudinales, à élargir, par leurs propres contractions, les déchirures déjà existantes.

De là aussi l'indication d'évacuer, dans un cas, sans le faire trop énergiquement (magnésie, huile de ricin, sulfate de soude, à faible dose); de constiper, dans l'autre (bismuth), en modérant au besoin les contractions péristaltiques à l'aide du laudanum (de quelques gouttes — 2 ou 3 — à 15 et au-delà, suivant l'âge, *dans le julep et jusqu'à effet produit*. Nous avons vu souvent, dans ces conditions, la fièvre disparaître avec la constipation ou avec la diarrhée. Nous sommes autorisé à penser qu'il y a là autre chose qu'une simple coïncidence.

Contre les accidents nerveux, les bromures, le chloral, seront, à un moment donné, fort utiles.

Contre l'hyperthermie, les bains tièdes ou froids seront indiqués.

Chez l'enfant nous ne les employons pas *systématiquement*; nous ne les prescrivons, *en général*, que pour répondre à cette indication particulière.

L'hyperthermie tient souvent à une ou plusieurs complications. Le traitement rationnel de celles-ci sera, dans bien des cas, préférable à celui de l'hyperthermie, qui n'est qu'un symptôme, et beaucoup plus efficace, même contre cette dernière. C'est ce que nous avons observé en particulier dans le cas mentionné plus haut, où la fièvre typhoïde était compliquée, non seulement d'albuminurie, mais encore de pneumonie (Fig. 18).

Les bains n'ont eu sur l'hyperthermie, toujours croissante, aucune action. Le jour, au contraire, où les bains furent supprimés, l'hyperthermie cessa. Ils avaient été remplacés, en raison de la pneumonie coexistante, par un looch (120 gr.) au benzoate de soude (2 gr.) et teinture de digitale (8 gouttes). Ce qui prouve bien qu'un traitement rationnel et causal vaut toujours mieux qu'un traitement systématique et exclusivement symptomatique.

La glace (dans une vessie en caoutchouc appliquée sur le ventre et vers la fosse iliaque droite) nous a souvent rendu de signalés services, au point de vue des accidents péritonitiques. Tel fut encore le cas dont nous venons de parler.

Les lavements, froids ou médicamenteux, ne doivent être, à notre avis, prescrits qu'*exceptionnellement*, en raison des mouvements antipéristaltiques, toujours nuisibles, qu'ils déterminent et des perturbations qu'ils apportent au bon fonctionnement des voies digestives.

Nous reconnaissons toutefois au bain tiède, nous l'avouons sans peine, une utilité incontestable à un moment donné, soit contre l'état nerveux, soit contre l'hyperthermie, soit même au point de vue diurétique. Nous le prescrivons toutes les fois qu'il nous paraît nécessaire et bien souvent nous l'avons fait avec succès. Nous n'avons jamais eu à recourir, chez l'enfant, à l'affusion froide sur la tête et pendant le bain. Ce dernier peut être répété jusqu'à trois et quatre fois par jour, plus souvent même s'il le fallait.

Il est bon, pour cela, de disposer de deux lits. On sort le malade de l'un pour le mettre dans la baignoire. Après le bain on le place sur l'autre, plié tout nu dans une couverture de laine, en attendant que la réaction s'effectue, après quoi on enlève la couverture, que l'on remplace par le linge de corps habituel (flanelle, chemise, etc.). On opère inversement, pour les lits, au bain suivant.

La digitale est on ne peut plus utile dans les cas où le fléchissement du cœur menace de se produire, se traduisant par les divers états du pouls sus-mentionnés. La teinture, dont on varie le nombre de gouttes suivant l'âge des enfants (de 3 à 20), peut être facilement introduite dans le julep. On la continue pendant 4 jours. On la supprime ensuite 48 heures, en raison des effets d'accumulation qui pourraient se produire. On la remplace, ces jours-là, par deux tasses de bon café, données, l'une le matin, l'autre à midi, jamais le soir à cause du sommeil qu'il faut respecter pendant la nuit. Et encore ne pourra-t on prescrire le café ou la caféine (qui lui semble inférieure par l'état nauséeux qu'elle détermine parfois) qu'à une condition, c'est que le système nerveux ne soit pas trop surexcité.

L'albuminurie indique surtout le lait, ainsi que la surveillance attentive des moyens un peu énergiques que l'on peut

employer et dont l'élimination s'effectue par le rein (quinine, digitale, etc.)

La quinine, dont on a fait (Pécholier) un spécifique de la fièvre typhoïde (1), nous paraît devoir être d'ordinaire plus nuisible qu'utile dans cette maladie, à moins d'avoir affaire à une complication franchement intermittente et maremmatique. Encore, dans ce cas, serait-il bon de ne pas en continuer l'administration plus de 2 ou 3 jours consécutifs. Nous l'avons signalée, il y a déjà longtemps (2), comme favorisant la mort subite au cours de cette maladie, où pareille terminaison peut survenir sans doute sans son intervention, mais à plus forte raison avec son aide, en raison précisément de l'altération fréquente du cœur pendant la fièvre typhoïde et de l'action physiologique particulière de la quinine sur cet organe.

Un mot, avant de terminer, sur le régime alimentaire pendant la convalescence, point très important à connaître, selon nous, surtout pour éviter les rechutes.

On continuera le régime diététique de la fièvre, décrit plus haut, jusqu'à ce que l'apyrexie (température à 37°5 ou au-dessous) survienne et dure pendant 48 heures. Après quoi, on donnera : chocolat cuit, le matin ; potage clair à midi et le soir, pendant 2 jours. Si la température reste toujours à 37°5 ou au-dessous, on autorisera : potage et œuf à midi et le soir pendant encore 3 jours d'apyrexie, après quoi, on pourra prescrire, au lieu de l'œuf, la côtelette matin et soir, avec un peu de pain, en recommandant au petit malade de bien mâcher.

A la moindre élévation thermique, aux environs de 38° et à plus forte raison au-dessus, on recule (lait seul comme précédemment), pour recommencer de même.

C'est pour ne pas avoir procédé de la sorte, dans l'aug-

(1) Pécholier. Jugulation de la fièvre typhoïde par le sulfate de quinine. Paris, Delahaye et Lecrosnier, Montpellier, Coulet, 1887.

(2) Baumel. Compte rendu de la discussion, à l'Académie de médecine, sur le traitement de la fièvre typhoïde, in Montp. Méd., 1883.

mentation de l'alimentation, que l'on voit se produire bien des rechutes que l'on aurait pu éviter. Il en est de même lorsque les malades se lèvent trop tôt ou restent trop longtemps assis sur leur lit. D'un côté, surmenage de l'intestin et aggravation des lésions par l'alimentation trop précoce. De l'autre, tiraillement exercé sur ces lésions par les matières contenues dans l'intestin grêle et qui pèsent sur son bord libre, dans les diverses stations sus-indiquées.

Or, c'est précisément sur ce bord libre que siègent les plaques de Peyer, enflammées ou ulcérées dans la fièvre typhoïde.

Parfois même la perforation intestinale, rapidement mortelle, et la mort subite, par gêne cardiaque instantanée de la part de l'estomac distendu, ne reconnaissent pour cause que la précipitation trop grande avec laquelle les malades ont mangé, soit par eux-mêmes, soit avec l'autorisation du médecin, dont ils transgressent le plus souvent les ordres à cet égard.

XV. — Fièvres éruptives. — Scarlatine

Les fièvres éruptives sont des maladies qui, comme leur nom l'indique, sont caractérisées par une *fièvre* et une *éruption*. Celle-ci est habituellement *critique* de la fièvre, c'est-à-dire qu'elle la juge favorablement. De ce nombre sont : la scarlatine, la rougeole, la variole.

Définition. — La scarlatine tire son nom de la rougeur écarlate que son éruption donne à la peau. Elle fut longtemps confondue avec la rougeole, dont elle se distingue cependant de toutes façons. Ce qui la caractérise surtout, ce sont : son *angine*, sa *fièvre*, son *éruption*, ainsi que nous le verrons plus loin.

Étiologie. — La véritable cause de la scarlatine nous échappe. Cette maladie est certainement de nature microbienne, mais son microbe nous est encore inconnu. Pour le

plus grand nombre d'auteurs, ce serait un streptocoque (d'Espine et de Marignac) (1).

Très répandue en Angleterre, elle a paru un instant provenir de la vache, par son lait qui la propagerait à l'homme.

Le froid semble plus propice que la chaleur à son développement. C'est principalement en hiver qu'on l'observe, comme d'ailleurs la rougeole.

Symptomatologie. — L'angine et la fièvre sont les deux symptômes habituels du début.

L'angine de la scarlatine présente, en général, un aspect un peu spécial. L'isthme du gosier est d'ordinaire d'un *rouge vif uniforme et framboisé.* C'est précisement cette généralisation et cette uniformité qui distinguent de tout autre angine celle de la scarlatine. C'est là une localisation ou manifestation première, que certains, non sans raison peut-être, considèrent comme une première étape, comme une véritable porte d'entrée du mal. Cette angine est purement *streptococcique.*

Beaucoup plus tard et au moment de la convalescence, il survient parfois, à titre de complication, une angine beaucoup plus grave et revêtant un caractère tout différent, c'est l'angine *diphtérique.* Il ne faut point l'oublier.

La *fièvre* de la scarlatine présente ceci de particulier, c'est que, dès le premier jour, elle atteint une température très élevée, de 39° à 40° et plus. Seules la pneumonie et la fièvre intermittente peuvent, aussi rapidement, donner lieu à une fièvre aussi forte.

Cette angine, même lorsqu'elle est un peu intense, n'attire pas fortement l'attention du malade, moins encore celle du médecin. Elle peut être atténuée au point que le patient, même adulte, n'accuse pas son existence, à plus forte raison peut-il en être ainsi s'il s'agit d'un enfant, chez qui elle a

(1) d'Espine et de Marignac (de Genève). Note sur une espèce particulière de streptocoque retiré du sang d'un homme atteint de scarlatine, in Arch. de Méd. expérimentale, 1er juillet 1892. Voir aussi : d'Espine. Sur le streptocoque scarlatineux. Acad. des Sciences, 6 mai 1895.

besoin d'être recherchée avec le plus grand soin. Elle pâlit vite d'ailleurs. Elle est éphémère comme *l'éruption* elle-même.

Celle-ci mérite toute l'attention du praticien. D'abord elle est mal caractérisée, en ce sens que, si l'on n'y prend garde, étant données la fièvre intense et la chaleur âcre et mordicante que l'on constate à la peau, on aura de la tendance à voir dans la rougeur des téguments, *plus ou moins uniforme* d'ailleurs et *sans taches* le plus souvent, plutôt l'effet de l'injection vasculaire cutanée, résultant de la fièvre elle-même, que le fait d'une éruption scarlatineuse.

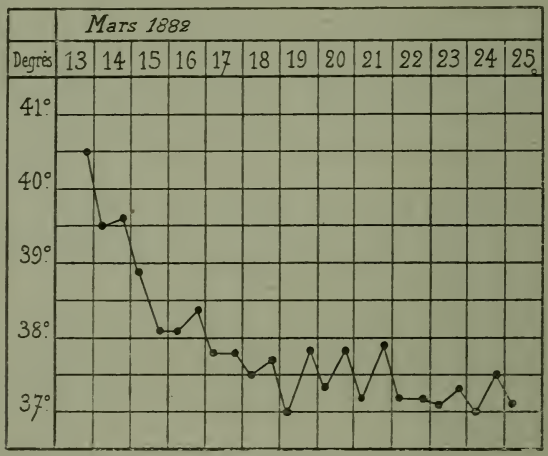


Fig. 20. — Courbe thermique de scarlatine.

Toutefois, pour peu que l'on y pense et que l'on ait vu de scarlatines, pour peu que soit marquée l'éruption, celle-ci ne passera point inaperçue à un œil tant soit peu expérimenté.

Il ne faut cependant pas s'attacher à trouver des macules comme dans la rougeole, ce qui rend l'éruption beaucoup plus évidente. On doit se rappeler, en outre, qu'elle est très éphémère dans la scarlatine, qu'elle a pu exister et disparaître

avant la venue du médecin, pour peu que la famille ait tardé à l'appeler.

La scarlatine hémorrhagique, au contraire, sera beaucoup plus facile à reconnaître, étant donné qu'il existe de véritables ecchymoses, petites sans doute, mais multiples et, par suite, plus ou moins étendues, à la peau.

Quelquefois, même dans la scarlatine normale, certaines parties du corps seront le siège de l'éruption, quand celle-ci aura disparu des autres ou qu'elle n'aura pas encore fait son apparition sur elles. Ce contraste mettra l'exanthème plus facilement en évidence. Voilà pourquoi il est bon de découvrir un malade complètement et rapidement toutefois, quand on songe à la possibilité de la scarlatine, pour surprendre en quelque sorte l'éruption, si elle existe, étant donné qu'elle ne va pas, à l'encontre de beaucoup d'autres, au devant de l'observateur.

Dans un cas nous avons pu reconnaître la maladie, alors que la fièvre était tombée et que le poignet droit seul était le siège d'une rougeur, en demi bracelet, rappelant celle de la scarlatine.

L'incubation peut être très courte dans cette fièvre éruptive. Trousseau rapporte le fait, démonstratif à cet égard, d'une anglaise, se rendant à Paris pour voir sa sœur atteinte de scarlatine et présentant elle-même les premiers symptômes de la maladie une heure après son arrivée. Elle est généralement plus longue, d'un à plusieurs jours.

L'éruption est tout à fait éphémère. Elle est suivie d'une desquamation qui, chez l'enfant, est plus furfuracée que chez l'adulte. On voit cependant des doigts de gant, des gants entiers ou de véritables chaussures, s'éliminer d'un bloc.

L'albuminurie est une des complications fréquentes et graves de la scarlatine, surtout si elle est méconnue ou mal traitée au début. Depuis longtemps Charcot nous a décrit la glomérulite scarlatineuse, qui la détermine d'ordinaire. Nous l'avons toujours vue guérir, chez l'enfant, parce que nous l'avons toujours cherchée avec le plus grand soin, dépistée le plus tôt possible, et traitée rigoureusement.

Nous avons vu, au contraire, les enfants des familles qui suivent mal les prescriptions médicales succomber à de l'éclampsie urémique, consécutive elle-même à la néphrite scarlatineuse.

Ce qu'il y a d'important à connaître, dans la scarlatine, c'est sans doute la maladie *classique*; mais, surtout, ses *formes frustes*. Nous n'irons pas jusqu'à prétendre qu'il existe des scarlatines sans éruption, sans angine et sans fièvre. Evidemment non. Il nous a été donné, toutefois, d'observer un cas, mortel d'ailleurs, à angine très faible, à éruption presque nulle, mais à fièvre excessive, qui a laissé notre diagnostic en suspens pendant environ 7 jours. Ce cas se termina par un *état typhoïde*, tel que Trousseau l'a décrit depuis longtemps (1), par des soubresauts de tendons, de la trémulation des membres supérieurs, presque de la carphologie, un état syncopal qui se révèla d'une façon précoce (dès le 2e jour de la maladie), enfin de l'albuminurie.

Dès le 3e jour, mon orientation s'était faite vers le diagnostic de scarlatine, en raison de circonstances particulières (amie atteinte de cette maladie), que la famille, de bonne foi, nia aussitôt. Mais le 7e jour mon diagnostic était certain (voir la note (2) au bas de la page), la malade succomba le 15e.

Trousseau lui-même, dans un cas analogue relatif à une enfant, resta *huit jours*, avec un de ses confrères qu'il nomme et en présence d'accidents cérébraux, à *rectifier son diagnostic erroné de méningite par celui de scarlatine*. Cette rectification fut faite au moment où les accidents nerveux cédèrent, calmés par la production tardive de l'éruption scarlatineuse (3).

Dans les formes frustes, Trousseau compare avec juste raison le praticien à un *archéologue* qui, pour reconstituer

(1) Trousseau. Leçons de clinique médicale. 1868. Tome 1er, p. 109.

(2) Nous avons su le 7e jour que cette amie, morte 2 ou 3 jours auparavant, avait bien succombé à une scarlatine.

(3) Trousseau. Leçons de clinique médicale, 1868. Tome I, p. 102.

des phrases entières, a tantôt *plusieurs mots*, tantôt *un seul*, tantôt *quelques lettres*, tantôt même un *seul point* (1).

Celui-là seul pourra juger de la difficulté présentée par ces cas, qui se sera trouvé aux prises avec eux, qui aura pu, avant la terminaison, établir le vrai diagnostic et d'une façon d'autant plus précoce, d'ordinaire, qu'il aura été mieux renseigné par l'entourage.

Dans les cas simples la température reste élevée quelques jours seulement, puis descend à la normale, en 24 ou 48 heures, à mesure que s'effectue et que surtout disparaît l'éruption.

Dans les cas graves survient parfois un état typhoïde, facile à confondre avec la fièvre typhoïde elle-même et le plus habituellement mortel.

La fièvre, dans ces cas, est généralement très élevée, continue-continente, souvent dès le début, et ne ressemble en rien au tracé thermique de la dothiénentérie.

Diagnostic. — Le diagnostic découle de tout ce qui précède. On en voit aussi bien la facilité relative, dans les cas ordinaires, que la difficulté extrême, quelquefois même insurmontable, momentanément du moins, dans les cas tout à fait exceptionnels.

Trousseau dit, très justement, que la scarlatine est, de toutes les maladies, celle qui se présente le plus souvent sous la forme fruste. Le médecin a beau se tenir sur ses gardes, il est à plaindre en présence de ces cas ; car, le public et les familles impitoyables, ne connaissant pas ces difficultés, lui tiendront rigueur de la lenteur de son diagnostic et préfèreront au besoin (sans s'en rendre compte toutefois) un diagnostic erroné, à un diagnostic hésitant, incertain ou tardif.

Seule l'angine simple, catarrhale et avec fièvre, pourra être confondue avec l'angine scarlatineuse. L'éruption, dans ce dernier cas, viendra bientôt dissiper tous les doutes et permettre d'établir le diagnostic différentiel. A son défaut, la température excessive du début devrait suffire, à notre

(1) Trousseau, loco citato, p. 121.

avis. On ne voit guère, en dehors de la scarlatine, que la pneumonie franche ou la fièvre intermittente, qui soient capables de donner lieu, d'emblée, à une température de 40° ou 41°. Nous l'avons dit plus haut.

Pronostic. — Bénigne, quand elle évolue normalement, il n'est pas, selon nous, de maladie plus redoutable que la scarlatine anormale. Ce qui assombrit le pronostic, ce sont : la nature hémorragique de l'éruption, les formes frustes, l'hyperthermie persistante, l'état typhoïde, l'albuminurie, enfin l'angine diphtérique qui la complique parfois.

Traitement. — Séjour au lit, douce atmosphère dans la chambre et bonnes couvertures, boissons tièdes (lait toutes les trois heures, tisanes diaphorétiques et diurétiques dans l'intervalle), tel est le traitement simple et ordinairement efficace de la scarlatine commune.

Contre l'albuminurie : séjour, sinon au lit ce qui est préférable, du moins à la chambre et régime lacté absolu ; éviter toute cause de refroidissement ; vêtements chauds ; lait, au moins tiède.

Contre l'angine du début, on prescrira la potion gargarisme suivante :

Chlorate de potasse de 1 à 6 grammes, suivant l'âge	
Sirop de mûres	ãã 20 grammes
Miel rosat.	
Eau	110 —

à raison d'une cuillerée à bouche, gargarisée et avalée toutes les trois heures, c'est-à-dire une heure et demie après le lait, qui doit être donné, lui-même, toutes les trois heures.

Contre l'angine diphtérique, les injections de sérum de Roux (voir croup). Contre l'hyperthermie, d'abord les boissons diaphorétiques et diurétiques. Quelques antithermiques (quinine, antipyrine) peuvent être prescrits dans ces cas. Ils le sont sans succès, généralement, ainsi d'ailleurs que l'hydrothérapie (bains tièdes ou même froids), qui soulage toujours, mais guérit rarement.

Trousseau déclare avoir, comme la plupart de ses confrères, perdu le plus grand nombre de ses malades qu il

a dû traiter ainsi Il ajoute, très judicieusement, que les fautes les plus grossières, commises dans le traitement d'une scarlatine normale, le sont d'ordinaire impunément, tandis que le traitement le mieux conduit et le plus rationnel, dans une scarlatine anormale, reste le plus souvent inefficace et impuissant.

Un grand enseignement à tirer de cette conclusion, c'est que le médecin d'enfants, aussitôt qu'il se trouve ou croit se trouver en présence d'une scarlatine, même normale, doit immédiatement donner les conseils hygiéniques nécessaires, pour que la maladie ne soit point aggravée par le fait d'une imprudence quelconque. Il devra le faire aussi pendant la convalescence, surtout s'il existe de l'albuminurie. Pour s'en assurer, les urines seront examinées, au moins tous les 8 jours pendant la maladie et au début de la convalescence, puis tous les mois, pendant encore 5 ou 6, pour être bien certain que le rein n'a pas été un instant touché par la scarlatine.

Quant à la prophylaxie de la maladie, nous l'étudions avec celle de la rougeole (voir le traitement de cette dernière).

XIV. — **Rougeole**

Définition. — La rougeole est une fièvre éruptive qui présente à considérer : 1° une fièvre ; 2° une éruption ; 3° un catarrhe, oculo-nasal et broncho-pulmonaire, caractéristique.

Si la scarlatine n'est pas une maladie fatalement obligatoire pour l'enfant, il semble en être tout autrement de la rougeole. Il n'y a pas d'enfant, à notre connaissance, qui ne l'ait eue, au moins une fois.

Etiologie. — La contagion, médiate ou immédiate, en est la cause la plus commune. Dans sa très intéressante et très substantielle communication au Congrès International de Médecine (Section de Pédiâtrie, Paris, 1900), M. le Professeur Grancher a montré que la diffusion *ne se fait pas à une très grande distance*, ni surtout *par l'intermédiaire de l'air*, mais

bien au contraire par les *vêtements*, les *objets solides*, les *gens de service*, les *parents*, etc., qu'elle est *médiate*, en un mot, le plus souvent.

Le microorganisme de la rougeole ne nous est point encore connu. Bien que cette dernière ne soit pas, plus que la scarlatine, une maladie spéciale à l'enfant, c'est surtout dans l'enfance qu'on l'observe, toutefois.

Symptômes. — La fièvre, par elle-même, n'a rien de bien caractéristique. Elle se maintient habituellement faible, sauf complications. Elle oscille, généralement, entre 38° et 39°, rarement 39°5. Quand on voit des températures plus élevées, on doit songer le plus souvent à l'existence d'une complication et, plus spécialement, à celle d'une bronchopneumonie; quelquefois, même, on voit survenir une pleurésie.

A la courbe thermique de la rougeole vient s'ajouter parfois ou se superposer celle de l'évolution dentaire, qu'il faut *savoir distinguer*, pour ne pas songer. tout de suite et à tort, à une des complications précédentes. Ce n'est pas toujours très facile; mais, avec un peu d'attention, on y arrive cependant aisément.

L'incubation de la rougeole est de 11 jours au minimum, d'après M. le Professeur Grancher (1).

L'éruption est ici plus caractéristique que dans la scarlatine. Elle se compose de macules, qui ressemblent assez vaguement à la piqûre d'une puce, moins le point central de celle-ci et ses bords, d'ordinaire, non déchiquetés. Il y en a de plus grandes et de plus petites. Souvent séparées les unes des autres par des intervalles de peau saine, qui les mettent encore plus en évidence, elles se fusionnent le plus souvent sur certains points. L'éruption est dite alors *confluente* et constitue des taches, de dimensions plus ou moins grandes, de couleur uniforme surtout à leur centre, mais entièrement déchiquetées sur leurs bords.

Comme la scarlatine, la rougeole peut revêtir le caractère

(1) Grancher. Communication au congrès international de Médecine. Section de Pédiâtrie, Paris. 1900.

hémorrhagique. Les taches, dans ce cas, ne disparaissent pas à la pression et revêtent le caractère ecchymotique, plutôt que celui de macules proprement dites. La rougeole est dite boutonneuse lorsque ses macules, étant légèrement saillantes, ressemblent à de véritables papules.

Le catarrhe, oculo-nasal et laryngo-bronchique, est véritablement caractéristique. Dès le début, avant la fièvre et l'éruption, le petit malade présente du larmoiement intense, des éternuements fréquents, une toux férine plus ou moins opiniâtre, avec, à l'auscultation, tous les signes d'une bronchite généralisée (râles sibilants, plaintifs, ronflants, muqueux, disséminés dans toute l'étendue du thorax).

La desquamation est généralement furfuracée.

Complications. — Parmi les complications les plus fréquentes de la rougeole, nous devons citer : d'abord, la bronchopneumonie, une des plus graves; la pleurésie et la pneumonie, beaucoup plus rares ; puis, l'albuminurie ; mais aussi, le cœur forcé, d'autant plus facile à se produire que le catarrhe bronchique est plus intense ou plus étendu, les foyers de bronchopneumonie plus nombreux, le thorax plus rachitique. Nous avons depuis longtemps signalé la gravité de la bronchite des bossus (1), sur laquelle M. Huchard insiste complaisamment, dans ses récentes et remarquables Consultations Médicales (2). Il en est de même, selon nous, chez tous les anormaux thoraciques.

On note parfois, au cours de la rougeole chez l'enfant, une véritable toux croupale, que l'on a expliquée par la production d'ulcérations laryngées, au niveau de la glotte et des cordes vocales, d'où leur spasme dans ce cas. Outre que ces ulcérations sont assez difficiles à interpréter au point de vue pathogénique, plus difficiles encore à constater, étant donnée l'indocilité habituelle des petits malades, nous nous deman-

(1) L. Baumel. Broncho-pneumonie simple. Mal de Pott et Tuberculose rénale, in Leçons Cliniques sur les maladies des enfants. Paris, Masson, 1893, p. 147.

(2) Huchard. Poumon et cœur des bossus. Consultations Médicales. J. B. Baillière et fils. Paris, 1901, p. 118 et suivantes.

dons (sans vouloir en nier systématiquement l'existence, bien que pour notre compte nous ne les ayons jamais observées) si elles sont aussi fréquentes qu'on se l'imagine et si, dans l'immense majorité des cas, il n'y aurait pas, pour expliquer cette toux croupale, à invoquer un élément tout aussi efficace et beaucoup plus commun. Nous voulons parler de l'influence exercée par l'évolution dentaire sur la production du spasme laryngien, même au cours d'une rougeole. C'est ainsi que nous comprenons, d'ailleurs, le mécanisme et la pathogénie de la laryngite striduleuse ou faux croup, que nous étudierons plus loin et que nous n'avons rencontrée, au cours d'une simple laryngite, *que chez des enfants en évolution dentaire.*

Bien souvent, en pédiàtrie, ces détails de l'évolution doivent être présents à l'esprit du médecin, qui, sans cela, se laisserait facilement égarer et serait même souvent amené à interpréter faussement un fait, simple en lui-même et relativement aisé à expliquer.

L'albuminurie, l'endocardite, s'observent assez communément dans la rougeole, moins intenses toutefois et moins graves, d'ordinaire, que dans la scarlatine. On doit les rechercher avec le plus grand soin, pour les dépister et les traiter aussitôt qu'elles se manifestent. Il en est de même de la péricardite, mais surtout de la myocardite et du cœur forcé, d'autant plus faciles à se produire ici, qu'à l'infection et à la diète, commandée par l'état fébrile, vient s'ajouter la gêne circulatoire due à la bronchite, à la broncho-pneumonie, à l'emphysème enfin, résultant lui-même de la toux (effort) ou de la respiration supplémentaire (emphysème vicariant de Jaccoud).

Dans la rougeole, comme dans la scarlatine, des convulsions peuvent ouvrir la scène pathologique. Elles sont d'autant plus faciles à produire que l'enfant se trouve en évolution dentaire, qu'il est sous le coup d'une indigestion, de la constipation, du sevrage, toutes causes, nous le verrons plus loin, de nature à favoriser ou à provoquer les convulsions.

Mais ce que le médecin d'enfants doit surtout se rappeler

c'est que, au cours de la rougeole comme pendant la convalescence, il survient *fatalement de l'adénopathie bronchique*, plus ou moins intense, plus ou moins étendue, qui vient s'ajouter aux lésions et aux complications pulmonaires déjà citées. Elle persiste même, longtemps après la maladie, donnant lieu à une toux opiniâtre et à certains signes sthétoscopiques qui, non seulement font penser à la tuberculose, mais en font porter indûment le diagnostic. Dans ces cas, la guérison s'obtient d'autant plus rapidement que l'on diagnostique plus tôt cette complication fréquente, commune, nous pourrions dire inévitable, de la rougeole.

La convalescence, fréquemment traînante de cette fièvre éruptive, ne tient souvent qu'à cet état pathologique persistant de l'appareil pulmonaire, auquel s'ajoute le cœur forcé avec toutes ses conséquences (asystolie, insuffisance tricuspidienne fonctionnelle, foie cardiaque, œdème des membres inférieurs, anémie, etc.).

La tuberculose pulmonaire peut bien se développer, en apparence, dans ces conditions. Or, il s'agit là le plus souvent de tuberculoses jusque-là restées latentes, mais en germe, lesquelles se réveillent et éclatent, pour ainsi dire, sous l'influence de la rougeole, qui leur donne le coup de fouet. Celles qui étaient évidentes, avant la rougeole, sont le plus souvent aggravées par elle, quand le malade est assez heureux pour ne pas succomber au cours même de la fièvre éruptive et à l'une de ses nombreuses complications, pulmonaires ou cardiaques.

Il n'est pas rare de voir le même enfant avoir plusieurs fois la rougeole, à plus ou moins long intervalle. Nous avons cité nous-même le fait relatif à un petit malade de notre service, qui en fut atteint deux fois, à un an de distance et pendant un séjour ininterrompu à l'hôpital, où il était entré pour des coliques néphrétiques.

Diagnostic. — Le diagnostic découle de la description précédente des *symptômes*. Et si, au début, on peut jusqu'à un certain point, avant l'éruption, confondre un catarrhe vulgaire avec le catarrhe morbilleux, il n'en faut pas moins recon-

naître que le larmoiement persistant, les éternuements fréquents, la toux férine, enfin la connaissance de l'existence d'une épidémie actuelle, éviteront les longues hésitations ou les erreurs de diagnostic. L'éruption pourrait être confondue avec ces manifestations cutanées et rubéoliformes, que l'on observe à la suite des injections de sérum antidiphtérique.

La rubéole (1) épidémique, que l'on peut considérer comme une atténuation de la rougeole, que nous n'avons observée qu'une seule fois, en été, et qui pourrait bien n'être qu'une miliaire rouge, résultant de sueurs profuses, sera toujours facile à distinguer, par l'absence totale de catarrhe broncho-pulmonaire.

Pronostic. — Le pronostic de la rougeole, généralement bénin, devient grave lorsque survient la *broncho-pneumonie* ou que, du moins, les signes de celle-ci sont nombreux et étendus.

Ici encore, le terrain joue un rôle des plus importants. Nous avons vu en effet le sevrage, la dentition, être des causes sérieuses d'aggravation. Nous y ajouterons : les chambres obscures ou trop étroites, la viciation de l'air, en un mot.

Il est à peine utile d'indiquer que le gros ventre et le rachitisme (surtout thoracique), l'albuminurie, les lésions cardiaques ou pulmonaires préexistantes, agissent absolument dans le même sens.

La forme hémorrhagique comporte le pronostic le plus grave. Elle est généralement mortelle.

Dans un article, consacré à la rougeole, nous avons montré que, même dans les hôpitaux, notre chiffre de mortalité était loin d'atteindre celui indiqué par Rilliet et Barthez (5,7 pour 100 au lieu de 30 pour 100). Peut-être faut-il en trouver la raison dans le moindre encombrement et dans le nombre relativement plus grand du personnel, per-

(1) L. Baumel. Art. Rubéole, in Traité pratique de Médecine clinique et thérapeutique de Bernheim et Laurent. Maloine, Paris 1895. Tome I, page 77.

mettant des soins plus assidus et, par suite, plus efficaces (1).

Traitement. — Le traitement de la rougeole, comme celui de la scarlatine, comprend : 1° la prophylaxie ; 2° le traitement proprement dit.

Au point de vue de la prophylaxie, l'*isolement* d'abord, la *désinfection* ensuite, sont des méthodes qui s'imposent de la façon la plus absolue. Que l'enfant soit malade dans un hôpital, dans un établissement quelconque (d'instruction ou autre), ou même dans sa famille, il doit être aussitôt isolé complètement de ceux qu'il pourrait contagionner.

Si tous les enfants, ou peu s'en faut, ont eu jusqu'à ce jour la rougeole, cela tient peut-être à ce que l'isolement a été, jusqu'à présent, à peu près nul ou insuffisant. Toute maladie contagieuse nous paraît une maladie évitable, à condition de faire le nécessaire pour s'opposer à la contagion.

Sitôt que, dans une agglomération, un enfant est reconnu atteint de rougeole, il doit être immédiatement isolé. La contagion se fait, on le sait aujourd'hui, autant, sinon plus, pendant la période de début que pendant les autres périodes.

On doit aussitôt emporter et désinfecter la literie, le linge de corps. Si un ou deux cas nouveaux se produisent, non seulement il faut opérer comme précédemment, mais encore licencier (surtout s'il s'agit d'une crèche ou d'une école), désinfecter les locaux. Si le licenciement n'est pas possible (orphelinats, asiles, crèches à internes, etc.), changer de pièce et ne revenir dans la première qu'une fois la désinfection convenablement opérée.

Pendant tout le temps que dure la maladie et même la convalescence, les médecins, les garde-malades, les parents, ne doivent point, autant que possible, toucher d'autres enfants ou, du moins, ils ne peuvent le faire qu'après avoir pris les précautions hygiéniques les plus élémentaires, relatives à la désinfection des mains, au changement de vêtements, etc. Il

(1) L. Baumel. Art. Rougeole, in Traité pratique de Médecine, de Bernheim et Laurent. Maloine, Paris 1895. Tome I, note de la page 65. Voir aussi la thèse de M. le Dr Bonnet. Une épidémie de Rougeole, Montpellier, 1901.

doit en être de même pour tout ce qui a été en contact avec le rubéolique : linges, vêtements, vaisselle, jouets, etc.

Mais, ainsi que nous l'avons fait dans notre article *Rougeole* du Traité de Médecine de MM. Bernheim et Laurent, il est un point capital sur lequel nous n'insisterons jamais assez. Nous voulons parler des précautions à prendre, même après la guérison de la maladie.

Tandis que, pour la scarlatine, 45 jours d'isolement sont nécessaires, à partir du début de la maladie ; il en faudra 25, au moins, pour la rougeole. La désinfection des vêtements, de la literie, du lit lui-même, de l'appartement enfin, sera pratiquée au moment de la sortie du malade, avant que celui-ci soit mis en libre pratique.

Pendant ce même laps de temps, tout accès auprès d'une agglomération d'enfants (crèche, école, salle commune d'hôpital, etc.) devra être interdit à un rubéolique, même guéri.

Les médecins, les administrations et les pouvoirs publics, mais aussi les familles, devront à l'avenir combiner leurs efforts dans le but d'aboutir à ce résultat, si désirable et si humanitaire, si négligé, de nos jours encore, par faiblesse coupable ou ignorance à dissiper.

Quant au traitement de la maladie confirmée, il est aussi simple que celui de la scarlatine. Lait toutes les 3 heures et, dans l'intervalle, en raison de la bronchite ou même de la broncho-pneumonie, un looch de 120 grammes (de 60 pour les tout petits, âgés de moins de 2 ans) avec : benzoate de soude, de 50 centigrammes à 2 grammes, suivant l'âge, et à la dose de 2 cuillerées à café pour les plus jeunes, d'une cuillerée à bouche chez les plus grandets, toutes les 3 heures, c'est-à-dire 1 heure et demie après le lait.

Pour ces derniers, nous y ajoutons souvent : de 2 à 8 gouttes de teinture de digitale, pendant 4 jours, que l'on supprime ensuite, pendant 48 heures, et que l'on reprend de même.

Pour les diverses complications, voir leur traitement au chapitre relatif à chacune d'elles.

Contre les formes hémorrhagiques : les toniques généraux

(quinquina), mais surtout les excitants diffusibles (alcool, éther, acétate d'ammoniaque), enfin l'hydrothérapie (bains froids), principalement dans les cas à hyperthermie, seront parfois des plus utiles.

XVII. — Variole

Définition. — La variole est une fièvre éruptive caractérisée par de la fièvre assez forte et une éruption, d'abord maculo-papuleuse, puis vésiculo-pustuleuse, bientôt suivie de la formation de croûtes. Cette éruption est précédée et accompagnée d'une rachialgie presque pathognomonique.

Etiologie. — La variole seule donne la variole. Cette fièvre éruptive coexiste souvent avec la clavelée du mouton, sans que l'on puisse toutefois, jusqu'à présent du moins, savoir au juste si l'une ne peut pas produire l'autre. Elle coexiste aussi avec des épidémies de varicelle, sans que l'on ait établi une analogie quelconque entre ces deux maladies, que l'on s'évertue, au contraire, à séparer nettement. L'agent pathogène de ces diverses affections, contagieuses et infectieuses, nous est encore totalement inconnu, malgré de nombreuses et récentes recherches à cet égard.

La variole est, somme toute, assez rare dans l'enfance. Cela s'explique facilement, d'ailleurs, si l'on songe à la vaccination, qui en préserve d'ordinaire et qui est, alors, relativement récente. Beaucoup d'enfants, même, ont été revaccinés une ou plusieurs fois.

On peut cependant observer la variole, chez l'enfant, soit que celui-ci, ce qui se voit encore de nos jours, n'ait jamais été vacciné, soit que le vaccin ait été mauvais ou la vaccination mal faite, soit enfin que cette dernière ait épuisé son influence immunisatrice.

J'ai vu, pour mon compte, à Montpellier, alors que j'étais médecin du Bureau de bienfaisance, un nourrisson, d'un an environ, italien d'origine, dont la sœur aînée (20 ans), le père et un frère de 14 ans, étaient atteints de la variole, la contrac-

ter à son tour. Il n'avait lui-même jamais été vacciné que par moi, la veille du jour où éclata, chez lui, la maladie. Elle fut bénigne, quoique très confluente, et, chose curieuse, la mère, qui le tenait constamment dans ses bras et qui l'allaitait, fut le seul membre de la famille épargné.

Elle ne voulut point, d'ailleurs, se faire vacciner. Le père, la sœur et le frère guérirent aussi. Le frère seul, âgé de 14 ans nous l'avons dit, eut, à la suite de la desquamation, une plaie profonde d'un côté du scrotum. Elle fut très longue à guérir et dénuda presque le testicule correspondant.

A la même époque, je vis deux enfants d'une même famille, âgés de 2 et 3 ans, atteints de variole discrète, alors que, déclarait la mère, ils avaient été vaccinés, l'un et l'autre, *avec succès*, un an auparavant.

Il faut se méfier surtout des vaccinations ou revaccinations sans résultat. Elles n'indiquent pas toujours un terrain réfractaire à la variole. Nous avons vu au début de notre pratique, à Dio et Valquières (Hérault), mourir, de variole hémorragique, une jeune femme de 25 ans, revaccinée *sans succès* l'année précédente.

Symptômes. — La rachialgie, du début de la variole, n'est pas toujours accusée par le malade lui-même. Il est bon de l'interroger à cet égard, surtout quand il s'agit d'un enfant.

La *fièvre* est intense rapidement. En peu de jours, elle atteint 39°, 40° et plus. Cette température se maintient jusqu'au moment de l'éruption, qui la fait tomber d'ordinaire et qui en est habituellement *critique*. Mais elle se *rallume* bientôt après, au moment où se produit la suppuration.

L'éruption, constituée d'abord par des macules, ne tarde pas à devenir papuleuse, puis vésiculeuse, enfin pustuleuse. Les vésicules sont ombiliquées à leur centre, comme d'ailleurs dans la varicelle, quoiqu'en disent les auteurs qui ont voulu, précisément, distinguer ces deux maladies par ce caractère différentiel. L'ombilication est peut-être plus apparente ou plus générale dans la variole. Elle existe toutefois, communément, dans la varicelle.

Comme dans toute fièvre éruptive on distingue les périodes

suivantes : *Incubation*, *prodromes*, *invasion*, *éruption*, *desquamation*, *convalescence*. Dans la variole il faut ajouter, en raison de son importance, la période de pustulation ou de suppuration, qui fait partie de celle d'éruption qu'elle termine.

L'incubation est de 10 à 15 jours. La contagion peut être médiate ou immédiate. Au début de ma carrière médicale (1879), j'ai vu une mère et sa fille, quittant Montpellier (où l'un des enfants avait la variole) pour fuir l'épidémie, porter la maladie, sans en être atteintes elles-mêmes, à un autre enfant habitant Bédarieux (Hérault). Les cas de ce genre ne sont pas rares.

Les prodromes sont caractérisés par de la *céphalalgie*, de l'*anorexie*, parfois des *envies de vomir* ou même des *vomissements*, de la *rachialgie*, de la *fièvre*, du *délire*, quelquefois des *convulsions*, après quoi survient l'*éruption*. Celle-ci est localisée d'abord à la face, puis envahit la tête, le tronc et les membres.

Cette éruption, souvent très confluente (variole), est parfois discrète (varioloïde). Elle revêt quelquefois aussi le caractère hémorrhagique. Sa gravité n'en est que plus grande. Ce sont les macules d'abord, qui prennent le caractère ecchymotique, puis les vésico-pustules, dont le contenu n'est autre chose, dans ces cas, qu'un liquide sanguinolent.

Le malade exhale, au moment de la pustulation, une *odeur de souris* caractéristique. Les macules se transforment rapidement en papules, celles-ci en vésicules, les vésicules enfin en pustules. Quelques frissons surviennent à ce moment-là. On observe parfois aussi des convulsions ou un certain état convulsif (convulsions internes), chez l'enfant.

Les pustules à leur tour se crèvent, laissant échapper leur contenu purulent, qui se concrète à l'air libre pour former des croûtes. Celles-ci varient du jaune crème au noir sale, suivant qu'il y a ou non du sang mêlé au pus. Ce sang provient souvent du grattage avec les ongles, déterminé par les démangeaisons cutanées résultant de l'éruption elle-même.

Complications. — Nous avons parlé plus haut de la variole

hémorrhagique. Non seulement elle est habituellement fatale, mais d'ordinaire rapidement mortelle.

Ici, comme dans toutes les fièvres éruptives à forme hémorrhagique ou la plupart des maladies qui revêtent ce caractère, il est bon de chercher les raisons de cette complication redoutable. Elles résident, moins peut-être dans la nature ou l'intensité de l'élément infectieux propre à la maladie elle-même, que dans le terrain c'est-à-dire dans la plupart des infections, maladies ou diathèses, susceptibles de préexister à la variole ou de la compliquer.

Des complications particulières peuvent en outre survenir du côté de l'encéphale, mais surtout du côté du cœur (endo-péricardite, myocardite, etc). Il est mort, certain jour, dans mon service, un enfant de 14 ans originaire de Cette et ancien élève de l'école des mousses, hémiplégique depuis longtemps, dont l'observation avait été publiée comme ayant trait à un cas d'hypertrophie cardiaque de croissance. Ses palpitations de cœur remontaient à une variole qu'il avait eue bien auparavant et qui, ayant produit de l'endocardite, avait certainement donné lieu à l'embolie, cause de l'hémiplégie.

Certaines complications des plus redoutables et des plus silencieuses à la fois sont, sans contredit, à côté de celles qui surviennent du côté du cœur, celles qui frappent le rein (néphrite, albuminurie, etc.) Elles doivent être recherchées avec le plus grand soin.

La pyohémie elle-même peut survenir à un moment donné.

Enfin, pendant la convalescence, les complications sont encore à redouter, en particulier la formation d'abcès multiples en divers points du corps, rappelant de toute façon cet état particulier auquel on donne le nom de *diathèse purulente* ou *pyogénique*.

Diagnostic. — Le diagnostic, difficile jusqu'au moment de l'éruption chez l'enfant surtout, qui accuse difficilement la rachialgie, et lorsque l'épidémie commence, est singulièrement facilité après.

La variole, au début, pourrait tout au plus en imposer pour une rougeole simple, sans catarrhe oculo-nasal et trachéo-

bronchique (ce qui n'existe point), ou même boutonneuse à un moment donné (papules) ; mais quand surviennent les vésicules, l'erreur n'est plus possible, à supposer qu'elle l'ait été un instant, ce qui nous paraît inadmissible. Tout au plus pourrait-on songer à la *varicelle*, que nous avons toujours *vue apyrétique* ou à peu près, quoi qu'en disent les auteurs classiques.

L'ombilication, nous l'avons dit plus haut, ne constitue pas entre ces deux maladies un caractère distinctif suffisant.

Nous avons vu enfin la variole, avant l'éruption, prise pour une fièvre typhoïde. Un examen attentif de la courbe thermique évitera toujours de commettre une pareille erreur de diagnostic.

Pronostic. — Il est généralement bénin, chez l'enfant, habituellement vacciné depuis peu (moins de 7 à 10 ans). Nous avons vu la variole guérir, quoique confluente, nous l'avons déjà dit, chez un nourrisson de moins d'un an, vacciné par nous seulement la veille de l'invasion. Elle fut très discrète, au contraire, et sous forme de varioloïde chez les deux enfants, mentionnés aussi précédemment, qui en furent atteints un an après avoir été vaccinés avec succès.

Ses conséquences éloignées semblent plus à redouter, chez l'enfant, que ses effets immédiats.

Traitement. — Parmi les moyens prophylactiques, la vaccine d'abord, les revaccinations ensuite, l'isolement enfin, et la désinfection, sont les seuls capables d'éviter la maladie ou d'en affaiblir les atteintes.

La variole une fois déclarée, son traitement ne diffère pas essentiellement de celui des fièvres éruptives en général. Séjour au lit, lait toutes les trois heures, infusions diaphorétiques (au début) et diurétiques (du commencement à la fin) pour favoriser l'élimination des substances toxiques ou infectieuses contenues dans le sang : tels sont les moyens les plus rationnels et les meilleurs à employer.

L'hyperthermie, la forme hémorrhagique, seront combattues, ici comme toujours, par l'hydrothérapie (bains tièdes ou même froids). La variole hémorrhagique pourra aussi indi-

quer, de même que la plupart des fièvres éruptives qui revêtent ce caractère, l'emploi des excitants diffusibles et, en particulier, de l'acétate d'ammoniaque ou esprit de Mindérérus.

Les complications cardiaques et rénales seront justiciables chacune de la médication qui lui est particulièrement propre.

Le pouls devra être surveillé avec le plus grand soin pour juger de l'état exact du cœur, surtout du myocarde. La digitale sera au besoin prescrite, si le pouls et le cœur semblent faiblir (sauf chez les enfants au-dessous de 2 ans), et à la dose de 2 à 8 gouttes de teinture par jour, dans une potion de 120 grammes, à prendre par cuillerée à bouche toutes les 3 heures (voir, pour plus de détails, le traitement de la rougeole).

Quand arrivent l'apyrexie et la convalescence, les toniques analeptiques d'abord (potages, œufs, purées, poisson, viandes blanches, puis rouges) seront indiqués. Il en sera de même des toniques médicamenteux (quinquina), des reconstituants et en particulier des phosphates de chaux. Tout cela, en raison de la débilité générale résultant de la maladie elle-même (fièvre, diète), mais aussi de la suppuration plus ou moins abondante, ainsi que des délabrements cutanés (plaies) ou profonds (abcès), qui en ont été la conséquence.

Le cœur et le rein devront être longtemps surveillés, même après la guérison, à cause des endocardites méconnues ou des néphrites persistantes, avec ou sans albuminurie, qui peuvent en résulter. Ces dernières, comparables au feu qui couve sous la cendre, ne demandent qu'une occasion pour se réveiller ou s'aggraver. Elles revêtent alors un certain caractère de spontanéité, qui fausse complètement l'interprétation que l'on doit en donner réellement. Mais ce ne serait rien encore, si cette aggravation accidentelle et cette grande persistance ne les frappaient d'incurabilité, alors que, si elles avaient été reconnues et traitées à l'origine, elles eussent été bien plus facilement curables.

Le pédiâtre intelligent et éclairé peut ainsi beaucoup, non seulement sur l'état pathologique actuel des enfants qu'il

est appelé à soigner, mais encore, ce qui est tout aussi important, sur l'avenir qui leur est réservé (1).

XVIII. — Vaccine

Définition. — La vaccine est une maladie de la vache, produite par inoculation sur l'homme, enfant d'ordinaire, pour le préserver de la variole.

Historique. — Autrefois, lorsqu'une épidémie de variole s'annonçait bénigne, on inoculait cette maladie, de là des médecins dits inoculateurs.

Jenner, qui découvrit la vaccine, était un inoculateur de district en Angleterre. Il s'aperçut, dans les fermes, que les personnes, chargées de la traite des vaches, qui portaient sur leurs mains des cicatrices, traces d'anciennes pustules, étaient réfractaires à la variole. De là, la vaccine.

Les cicatrices en question n'étaient que la conséquence du cowpox de la vache ou vaccine, transmise à l'homme par contagion. Le cowpox lui-même semble résulter du transport au pis de la vache du *horse pox* (pieds gras) que l'on observe chez le cheval et que véhiculent, de celui-ci à celle-là, ceux qui, chargés de soigner les chevaux dans les métairies, vont ensuite traire les vaches.

De la découverte de Jenner à la vaccination il n'y avait qu'un pas, il fut vite franchi. On vaccina d'abord de bras à bras et d'homme à homme ou plutôt d'enfant à enfant. Un sujet, dit vaccinifère, recevait le vaccin provenant de la génisse ou de l'homme et servait ensuite à vacciner, 8 jours après, un nombre d'enfants plus ou moins considérable, suivant le nombre de pustules dont il était porteur, 6 en moyenne (3 à chaque bras).

Bien des maladies, la syphilis en particulier, furent

(1) Voir la thèse de M. le Dr Sinègre, intitulée : Des néphrites chroniques consécutives à des maladies infectieuses aiguës chez l'enfant. Montpellier, 1893.

transmises de cette façon, surtout lorsque le sang du vaccinifère venait accidentellement se mêler au sérum du vaccin. On renonça plus tard à ce procédé pour vacciner directement de la génisse. Mais, comme on ne peut pas avoir tous les jours des pustules prêtes à fournir du vaccin, celui-ci, que l'on conservait autrefois entre deux plaques de verre, est actuellement placé dans des tubes de même substance, entièrement aseptiques et fermés au chalumeau.

Le vaccin, humain ou animal, tel qu'on le conservait jadis, finissait, au bout d'un temps variable et relativement court, par perdre ses propriétés. Il en serait de même de nos jours encore, malgré les tubes de verre, si l'on ne prenait la précaution de mettre le vaccin, à conserver dans ces tubes, en solution dans de la glycérine stérilisée.

En outre, de même que le vaccin humain pouvait propager certaines maladies, la syphilis entr'autres, de même le vaccin animal présente parfois quelques inconvénients et l'on a rapporté l'histoire de certaines épidémies de maladies infectieuses, souvent meurtrières, résultant de vaccinations faites à l'aide du vaccin de génisse.

De là, tout une science de la stérilisation du champ vaccinal de la génisse et de l'asepsie qui doit présider, non seulement à la culture, mais à la récolte du vaccin.

Tandis qu'autrefois une simple piqûre, avec l'extrémité d'une lancette ordinaire chargée de vaccin, était suffisante pour produire une pustule vaccinale, aujourd'hui, en raison de la dilution du vaccin conservé dans la glycérine, la surface d'ensemencement doit être plus grande. Voilà pourquoi, à l'aide d'une lancette spéciale, à cannelure médiane et chargée de vaccin, on pratique *sur un seul bras*, avec l'un des bords tranchants de la lancette, trois incisions superficielles et transversales par rapport à la direction du membre, à la partie externe du bras, à la partie inférieure de la cuisse, ou à la face postérieure de la jambe, comme précédemment et toujours de façon à ne pas faire saigner si possible.

Chaque incision a une longueur de 1 à 2 centimètres. On les fait parallèles entre elles et éloignées l'une de l'autre

de plusieurs centimètres, afin de laisser assez d'intervalle pour la tuméfaction qui doit résulter de la formation de chaque pustule et pour éviter les abcès ou même la gangrène, que pourrait produire ou favoriser un rapprochement plus grand.

La partie qui doit recevoir la vaccination est préalablement lavée avec de l'éther et aseptisée (sublimé au 1/1000.) Les incisions sont ensuite pratiquées, la peau étant fortement tendue, et le vaccin répandu sur elles aussitôt. Il faut avoir soin de ne rompre les tubes qui le contiennent qu'au moment de les utiliser. Après cela, on fait un pansement simple, avec de la gaze salolée, recouverte de coton hydrophile, le tout retenu par une bande roulée, parfaitement aseptique.

On doit au préalable : 1° laisser sécher ; 2° faire surveiller les enfants pour que, dans un mouvement quelconque, ils n'essuient pas et n'enlèvent point le vaccin, soit avec leurs vêtements (manches surtout, qui descendent facilement si l'on n'a la précaution de les retenir), soit même en se frottant contre les personnes qui les avoisinent.

Si la vaccine a réussi, au bout de deux ou trois jours on voit survenir une papule qui détermine quelques démangeaisons d'abord, puis un peu de douleur. Cette papule grossit les jours suivants, devient vésiculeuse, se remplit de sérosité et acquiert progressivement la dimension d'une pièce de 50 centimes, reposant sur une surface rouge et tuméfiée qui l'entoure.

Il en résulte une tuméfaction douloureuse du bras lui-même, avec retentissement inflammatoire plus ou moins marqué sur les ganglions lymphatiques de l'aisselle, d'où une gêne et une douleur plus ou moins intenses dans les mouvements du membre. Le tout peut s'accompagner d'un peu de fièvre, d'anorexie, d'agitation, d'insomnie.

C'est le huitième jour, avant que la sérosité contenue dans la vésicule passe à la purulence et produise une pustule, que l'on pourrait prendre du vaccin, si l'on voulait l'utiliser pour autrui. La pustule à son tour finit par crever. Son contenu se déverse et se concrète à l'extérieur. Il en résulte

une croûte, plus ou moins épaisse et adhérente, qui tombe au bout de quelques jours, laissant après elle une cicatrice rose, gaufrée et blanche plus tard, de la même dimension et qui est la trace indélébile d'une heureuse vaccination antérieure.

Au bout de 10 ans, en général, toute vaccination a perdu ses propriétés immunisatrices. De là, la nécessité des revaccinations.

Lorsqu'une première vaccination n'a pas réussi, on doit revacciner à bref délai (au bout d'un an au plus) et jusqu'à ce que le succès soit obtenu. Toute vaccination ou revaccination doit être considérée comme n'ayant point réussi, lorsqu'aucune manifestation n'a lieu à l'endroit vacciné ou lorsqu'on ne voit survenir qu'une papule (*fausse vaccine*) qui se résout et disparaît, en 24 ou 48 heures, sans aboutir à la vésicule et par suite à la pustule.

XIX. — **Varicelle**

Définition. — La varicelle est une maladie épidémique et contagieuse que l'on observe communément et à peu près exclusivement dans l'enfance. La plupart des auteurs la considèrent volontiers comme une fièvre éruptive. Nous ferions comme eux, si nous ne l'avions vue, le plus souvent, apyrétique. Il est juste d'avouer que les enfants sont généralement montrés au pédiâtre lorsque l'éruption s'est déjà produite et que, par conséquent, la fièvre a disparu. A supposer même que celle-ci ait existé auparavant, il n'en faut pas moins reconnaître qu'elle est extrêmement éphémère. L'enfant est abattu et mal en train pendant quelques heures à peine. L'éruption, très discrète, ressemble en bien des points à celle de la variole au début : papules, vésicules, même ombiliquées. Mais cela s'arrête là, dit-on, généralement.

Nous n'avons personnellement aucune difficulté à admettre la pustulation, sans fièvre concomitante d'ailleurs, étant

donnés le petit nombre de pustules (une vingtaine au maximum sur toute la surface du corps) et leur succession.

Les vésicules se crèvent bientôt ; il se forme des croûtes à leur place. Ces dernières tombent rapidement, laissant après elles des cicatrices arrondies, d'abord rosées, puis d'un blanc mat de plus en plus intense et presque toujours indélébiles.

Leur surface diminue ultérieurement, par rétraction du tissu inodulaire et une légère dépression se produit à leur niveau, comme à la suite des pustules varioliques. Elle est moins marquée toutefois.

Etiologie. — La contagion est la cause unique de la varicelle. Son agent pathogénique nous est encore totalement inconnu. Ses épidémies coexistent habituellement avec celles de variole. Nous l'avons *toujours constaté,* en ce qui nous concerne, contrairement à l'assertion opposée de bien des auteurs.

Nous y verrions facilement une maladie de provenance variolique, mais dont l'effet, sinon le virus, est tellement atténué par la vaccination, généralement récente chez l'enfant, qu'elle est incapable de produire chez lui la variole. Nous nous expliquerions ainsi pourquoi on ne l'observe jamais, ou à peu près, chez l'adulte, généralement non revacciné ou revacciné depuis longtemps. C'est à la médecine expérimentale et à la bactériologie qu'il appartient de nous donner un jour la solution délicate et précise de ce problème encore fort obscur.

Symptôme. — Pas de fièvre ou fièvre initiale et éphémère; éruption discrète, envahissant d'abord la face, puis le tronc et les membres ; léger abattement avant l'éruption ; état à peu près normal aussitôt après celle-ci, qui se compose d'abord de papules, ensuite de vésicules souvent ombiliquées, enfin de croûtes suivies de cicatrices rosées, puis blanches, qui se dépriment tardivement : tels sont les divers symptômes à l'aide desquels on fera un diagnostic actuel ou rétrospectif de varicelle.

Cette dernière peut cependant être quelquefois méconnue. C'est lorsque l'éruption a déjà disparu pour faire place, soit

aux croûtes, que l'on pourrait prendre pour de l'impétigo, soit même aux cicatrices rosées.

La dissémination de celles-ci sur la surface du corps, leur forme à peu près circulaire, leur dimension habituelle (1 centimètre de diamètre environ), mettront facilement sur la voie, surtout si, à cet état actuel, on ajoute les renseignements que peut fournir l'entourage sur la forme de l'éruption à son début.

Il en sera de même l'été, où fréquemment, par suite des sueurs profuses dont la peau est le siège, on voit rapidement disparaître les vésicules ou les croûtes de la varicelle, macérées pour ainsi dire, et faire place à des *ulcérations arrondies* dont les bords et la surface, macérés à leur tour, ont peu de tendance à la cicatrisation. Le nombre encore de ces ulcérations, leur dissémination sur toute la surface du corps, leur forme arrondie, leur dimension, les chaleurs que l'on traverse et les sueurs profuses qu'elles déterminent, permettront aisément de porter le véritable diagnostic.

Pronostic. — Il est extrêmement bénin.

Diagnostic. — Nous avons dit précédemment quelles étaient les rares maladies cutanées (impétigo, ecthyma) que l'on pourrait confondre avec la varicelle, à un moment donné. Nous n'y reviendrons pas. Nous y ajouterons seulement certaines *formes ulcéreuses de la syphilis cutanée*, qu'on n'observe que bien rarement, d'ailleurs, et dont l'aspect particulier ainsi que les antécédents du sujet indiquent la véritable nature.

Traitement. — Le traitement est des plus simples, on peut même dire qu'il est presque nul.

On doit recourir tout d'abord, comme moyen prophylactique, à l'isolement et à la désinfection, en raison de certaines formes graves de varicelle, décrites par quelques auteurs et qui peuvent survenir, mais que, pour notre compte, nous n'avons jamais observées.

La durée de l'isolement sera d'une quinzaine de jours environ. Les malades apyrétiques pourront d'ailleurs s'alimenter comme à l'ordinaire. Il suffit de surveiller et de

régulariser les fonctions digestives, tout en aseptisant les plaies cutanées, qui peuvent résulter de la chute des croûtes ou de la rupture des vésicules, par des lavages simplement boriqués et en favorisant leur cicatrisation par l'application de poudre de salol, recouverte ou non de gaze salolée, maintenue, aux membres surtout, par une bande elle-même aseptique.

Un bain général et tiède, ici comme à la suite de toutes les fièvres éruptives, doit être pris par l'enfant, avant d'être remis en libre pratique. C'est à la sortie de ce bain qu'on lui donnera du linge de corps et des vêtements propres et non contagionnés. Il laissera ceux qu'il portait avant, pour les passer à l'étuve de désinfection, ainsi d'ailleurs que sa literie et tous les objets dont il s'est servi ou qu'il a touchés pendant sa maladie.

XX. — **Rubéole**

Définition. — La rubéole est une maladie rare dans le midi de la France. Elle a été surtout décrite par les auteurs allemands qui doivent l'observer plus fréquemment que nous. Nous avons vu cependant une petite épidémie (3 cas) de cette maladie (1).

Elle est caractérisée par une éruption assez analogue à celle de la rougeole, mais discrète, *sans catarrhe* et *sans fièvre,* qui *s'accompagnerait* assez communément d'un *engorgement ganglionnaire* plus ou moins intense et étendu.

Pour les uns, il s'agirait là d'une *rougeole atténuée.* Pour les autres, ce serait une éruption rubéoliforme, d'origine infectieuse, mais dont la nature propre resterait à déterminer, ainsi d'ailleurs que le caractère d'épidémicité.

Les quelques cas que nous avons observés ont été vus par nous dans la saison chaude, à un moment où les sueurs profuses étaient couramment observées chez les petits

(1) L. Baumel. — Chapitre Rubéole, in Traité de Médecine, de Bernheim et Laurent. Tome I, 1895

malades de notre service. Nous avons vu là plutôt le fait d'une coïncidence que celui d'une véritable épidémicité ou d'une contagion. Les malades n'ont point été isolés et cette épidémie apparente s'est bornée d'elle-même aux quelques cas précités.

La symptomatologie est toute simple et nous l'avons indiquée ci-dessus ; le pronostic, des plus bénins.

Quant au diagnostic, il est facile en ce sens qu'on ne peut pas confondre la rubéole avec la rougeole, dont le catarrhe caractéristique et la fièvre font ici absolument défaut.

Seules certaines éruptions rubéoliformes, d'origine infectieuse et surtout intestinale, celle qui suit assez souvent les injections de sérum antidiphtérique ou même l'administration de certains médicaments, enfin la miliaire rouge, pourraient jusqu'à un certain point être confondues avec la rubéole.

Une étude plus approfondie et des observations plus nombreuses nous apprendront sans doute, ultérieurement, ce qu'il faut penser de cette maladie, surtout observée en Allemagne, qui semble revêtir un certain caractère d'épidémicité, sinon de contagion, et qui pourrait bien n'être que le résultat de coïncidences ou avoir simplement pour origine l'une des causes banales, d'ordre infectieux ou thérapeutique, peut-être même physiologique (sueurs profuses de l'été), que nous avons énumérées ci-dessus.

Si, à ces diverses causes, nous ajoutons que l'évolution dentaire peut s'effectuer à toute époque de l'année, aussi bien l'été qu'en toute autre saison, et qu'elle produit assez souvent des sueurs profuses, parfois très abondantes, que nous avons l'un des premiers, sinon le premier, décrites (1), il nous sera aisé, non seulement de comprendre la production facile, dans ces conditions, d'érythèmes cutanés de formes variables et même morbilliformes, mais de nous expliquer les retentissements ganglionnaires, par l'infection

(1) L. Baumel. — Histoire d'une première dentition. Montpel. Méd. 1888. — Quelques accidents de dentition, in Leçons cliniques sur les maladies des enfants, 1893. — Les accidents de première et de seconde dentition. Montp. Méd. 1894.

lymphatique, tels qu'on les observe d'ailleurs dans la maladie décrite sous le nom de rubéole.

Le traitement est à peu près nul et se borne à quelques précautions antiseptiques ou simplement aseptiques du côté de la peau (lavages boriqués, bains hygiéniques tièdes).

XXI. — Oreillons

Définition. — On désigne sous le nom d'oreillons une maladie très fréquente dans l'enfance. Contagieuse et épidémique à la fois, elle se caractérise surtout par la tuméfaction d'une ou des deux parotides, d'où un certain élargissement de la face, chez le petit malade. Elle s'accompagne parfois de fièvre plus ou moins intense, mais elle est ou paraît être assez souvent apyrétique, chez l'enfant.

Etiologie. — Cette maladie, infectieuse et contagieuse, est évidemment produite par un micro-organisme, non encore parfaitement déterminé (microcoque de Laveran et Catrin, de Bordas). Les oreillons sont surtout observés dans l'enfance. Les adolescents en sont toutefois atteints assez fréquemment.

C'est surtout chez de jeunes militaires que nous avons vu survenir, dans toute son intensité, l'orchite ourlienne, jusqu'à un certain point comparable à l'orchite blennorrhagique. Celle-ci est toutefois beaucoup plus intense.

C'est principalement dans les écoles ou les pensionnats que se propage la maladie ourlienne. Il en est de même dans les familles où les enfants sont nombreux.

Symptomatologie. — Un peu de malaise et de courbature générale ouvre habituellement la scène pathologique. Une fièvre plus ou moins intense peut bien être constatée à ce moment là. Mais le plus souvent la maladie se manifeste tout d'abord par de la tuméfaction parotidienne, uni ou bilatérale, soit simultanément, soit successivement, et sans état fébrile appréciable. Nous avons vu assez communément exister, dans la cavité buccale et au niveau de l'orifice du

canal de Sténon, une rougeur plus ou moins vive et généralement peu étendue.

D'ordinaire, la tuméfaction siège d'abord d'un seul côté. Elle est douloureuse au toucher seulement. Sa durée est de plusieurs jours (4 ou 5 en moyenne). Pendant ce temps, l'autre côté se prend, se tuméfie à son tour, avant même que le premier atteint soit entièrement débarrassé. De là, un élargissement de la face d'autant plus marqué et d'autant plus facile à reconnaître.

Lorsque la tuméfaction est unilatérale, le malade semble avoir une fluxion dentaire. La peau de la région parotidienne, quoique soulevée et légèrement distendue, est cependant de coloration normale.

Insensiblement la tuméfaction, simple ou double, disparaît et l'enfant reprend bientôt ses habitudes, n'ayant présenté, dans l'intervalle, qu'un degré de tuméfaction parotidienne plus ou moins intense.

Il est bon de savoir toutefois que cette tuméfaction, légèrement douloureuse, peut porter non seulement sur la parotide, mais encore sur les diverses glandes salivaires (sous-maxillaires, sublinguales), isolément, simultanément ou successivevement. Plusieurs d'entr'elles peuvent être prises à la fois, soit du même côté, soit des deux.

Outre ces glandes, le testicule, l'ovaire, la glande mammaire, peuvent être le siège de la fluxion ourlienne. Nous avons observé, chez une jeune fille de 12 ans, qui paraissait en avoir 15 en raison de son développement précoce, cette double localisation, mammaire et ovarienne, après la manifestation parotidienne.

On comprend aisément combien serait difficile le diagnostic de nature, dans le cas où l'une de ces localisations serait isolée ou la première en date, si l'on ignorait surtout, à ce moment là, l'existence d'une épidémie d'oreillons dans la localité où l'on se trouve.

On a vu parfois des complications graves (méningitiques en particulier) et même mortelles survenir au cours des oreillons. Ces cas sont exceptionnels. Ils nous paraissent

résulter le plus souvent de quelque sérieuse imprudence (refroidissement surtout) commise au moment de l'incubation ou lorsque déjà commence à se produire la tuméfaction.

On a cru pouvoir, jusqu'à un certain point, comparer cette dernière à une éruption ; les oreillons eux-mêmes ont été, de ce fait et par analogie, rapprochés des fièvres éruptives.

Diagnostic. — Ainsi que nous l'avons dit plus haut, les oreillons, uni ou bilatéraux, donnent à l'enfant une physionomie particulière, qui ne permettra pas de commettre une erreur de diagnostic. Toutefois la tuméfaction de la face, dans la coqueluche, l'anasarque, l'albuminurie, le crétinisme, pourrait, à un examen superficiel, être confondue avec la maladie ourlienne.

La bouffissure étendue à toute la face dans le premier cas, l'œdème des paupières dans le deuxième et le troisième, l'état de l'intelligence dans le dernier, mettront rapidement sur la voie et ne permettront pas à l'erreur de persister longtemps.

L'abcès dentaire sera facile à reconnaître par son siège et par sa tuméfaction, sinon par sa fluctuation, autrement douloureuse.

L'érysipèle de la face pourrait être pris pour des oreillons, mais seulement pendant la convalescence, alors que, la rougeur et la tuméfaction caractéristiques ayant disparu, elles ont fait place à un simple œdème cutané. Celui-ci détermine sans doute un certain gonflement de la région qu'il occupe, mais la desquamation, habituellement furfuracée, qui la recouvre, ainsi que les commémoratifs, ne permettent pas de douter longuement de la véritable nature du mal.

Pronostic. — Le pronostic des oreillons est, dans l'immense majorité des cas, sinon toujours, extrêmement bénin. Seules les graves complications, énumérées plus haut et évitables croyons-nous, ainsi que nous l'avons indiqué d'ailleurs, sont de nature à l'assombrir plus ou moins.

Traitement. — Tout enfant atteint d'oreillons ne doit être admis dans aucune collectivité, dont il doit être soigneusement et rigoureusement isolé, aussi longtemps qu'il est capable de transmettre la maladie.

Bien que les oreillons soient le plus généralement bénins, il serait dangereux de ne pas s'opposer à leur extension, précisément en raison des complications graves, rares sans doute, mais possibles, dont nous avons parlé plus haut.

La durée de l'isolement sera de 15 jours, à partir du début de la maladie, et la désinfection sera de rigueur, pour en enrayer la propagation.

Quant au traitement en lui-même, il est des plus simples. Le séjour au lit s'il y a fièvre, à la chambre si le malade est apyrétique, sera conseillé, surtout si le temps est pluvieux, humide ou froid, ce qui est assez fréquent, puisque c'est principalement l'hiver qu'on observe les oreillons.

Des applications émollientes, véritables fomentations chaudes, seront faites sur la région parotidienne, comme sur les divers points du corps où peut se porter la fluxion ourlienne.

Ces fomentations seront pratiquées une ou plusieurs fois par jour, suivant le degré du mal, et avec de l'huile de camomille camphrée, employée aussi chaude que la main pourra la supporter.

On appliquera par dessus une bonne couche de coton hydrophile, pour maintenir la région atteinte dans une douce chaleur, éviter les refroidissements locaux et, par suite, les déplacements métastatiques de la fluxion spécifique, qui pourraient se produire et entraîner avec eux une aggravation plus ou moins considérable.

L'alimentation consistera en bouillon ou lait chaud, toutes les trois heures, s'il existe de la fièvre. On donnera, dans l'intervalle, une tisane diurétique et sudorifique, tiède (mauve et tilleul). Si la maladie est apyrétique, on autorisera une nourriture légère : potages, œufs, viandes blanches.

XXII. — Érysipèle

Définition. — L'érysipèle est une maladie que certains auteurs classent dans les maladies cutanées, que d'autres

comparent à une fièvre éruptive (F. pseudo-exanthématique. A. Castan) (1).

Il est aigu (fébrile) ou chronique (atone). Celui-là est plus commun dans la première enfance, celui-ci s'observe plutôt dans la deuxième et principalement sur des sujets profondément lymphatiques, sinon même scrofuleux.

Etiologie. — La cause de l'érysipèle est le streptocoque de Fehleisen et la contagion. Une plaie lui sert souvent de porte d'entrée (ombilic par exemple, chez le nouveau-né).

Symptomatologie. — Il peut exister sur un point quelconque du corps, à la face le plus souvent. Il se traduit par une *tuméfaction*, *rouge*, *chaude* et *douloureuse*, d'une étendue plus ou moins considérable, limitée par un *bourrelet saillant*, qui est le point d'extension ou, si l'on préfère, d'envahissement.

On retrouve là tous les signes de l'inflammation simple (tumor, rubor, calor et dolor), avec *fièvre plus ou moins intense* et irrégulière, s'allumant ou s'accentuant à chaque poussée nouvelle de l'érysipèle. C'est, en effet, par poussées successives que s'effectue d'ordinaire son extension.

La surface érysipélateuse est parfois recouverte de bulles plus ou moins étendues. Le sphacèle peut, lui aussi, résulter de l'érysipèle (E. gangréneux).

Toutes les fois que cet exanthème, même chez l'enfant, prend mauvaise tournure ou évolue anormalement, on doit surveiller avec le plus grand soin l'état général du sujet et en particulier ses urines. C'est ainsi que, chez l'adulte, nous avons pu, dans un cas de ce genre, mettre en évidence une glycosurie diabétique jusque-là insoupçonnée. La mort survint au bout de quelques jours.

Non seulement le sucre, mais l'albumine, doivent être soigneusement recherchés en pareille occurrence, dans les urines de tout enfant érysipélateux.

Les ganglions lymphatiques du voisinage sont toujours

(1) A. Castan. — Traité élémentaire des Fièvres. C. Coulet, Montpellier, 1872.

plus ou moins tuméfiés et douloureux. Chez l'enfant, ce qu'il est important de connaître, ce sont les sièges divers occupés généralement par l'érysipèle. Ils diffèrent sensiblement de ce qu'ils sont chez l'adulte.

Chez celui-ci, la face en est le siège de prédilection. Chez l'enfant, surtout dans le premier âge, c'est beaucoup plus souvent le corps.

Dès la naissance, le pourtour de la plaie ombilicale est assez communément le point de départ de l'érysipèle. De là celui-ci peut s'étendre, soit sur le tronc lui-même, soit de préférence sur les membres inférieurs.

Parfois même, lorsque le pédiâtre est appelé auprès du petit malade ou qu'on se décide à le lui apporter, les premières atteintes du mal ont à peu près disparu (au pourtour de l'ombilic ou même dans la région hypogastrique), pour ne laisser envahies que les cuisses et les jambes. Celles-ci, en raison de la laxité et de l'abondance du tissu cellulaire sous-cutané chez le nouveau-né, sont le siège d'une rougeur plus ou moins intense et d'étendue variable, parfois généralisée à tout le membre, avec gonflement et tuméfaction très accentués, au point qu'il en résulte un véritable œdème aigu des membres inférieurs.

Un peu plus tard, l'œdème seul persiste et peut paraître idiopathique et de nature spéciale, à un examen superficiel. Mais une étude plus approfondie du cas montre bientôt qu'il s'agit là d'un œdème consécutif à l'érysipèle, dont la desquamation se montre encore sur quelques-uns des points qui en ont été le siège.

On peut rencontrer, dans les vaisseaux veineux, des infections se traduisant par des caillots autochtones, comme il m'a été donné de l'observer une fois avec mon interne, M. Houël, à l'autopsie d'un enfant de trois mois, mort dans mon service (1). Cet enfant, atteint de sclérème avec bronchopneumonie double, était un jumeau né avant terme (Voir fig. 3).

(1) L. Baumel. — Sclérème, in Leçons cliniques sur les maladies des enfants. Paris, Masson, 1893, p. 195 et fig. 1.

Beaucoup de dermatites exfoliatrices (2) ne sont peut-être que le résultat d'une infection cutanée, partie de la plaie ombilicale et généralisée d'une façon précoce à toute la surface du corps, précisément au moment où se produit une véritable exfoliation épidermique physiologique, une véritable desquamation normale de la peau. Ce phénomène a lieu très peu de jours après la naissance (3 ou 4 d'ordinaire).

D'autres fois, ce ne sont point les parties inférieures du tronc et les jambes qui sont le siège de l'érysipèle infantile, mais bien les régions supérieures et les bras.

Il nous a été donné d'observer un cas d'érysipèle du bras droit, chez un enfant à peine âgé de quelques mois.

Ici ce n'est point la plaie ombilicale qui avait servi de porte d'entrée à l'infection. Et si à la rigueur il est possible d'admettre, avec une origine quelconque, une extension à toute la surface du corps, on n'est pas moins obligé de reconnaître, lorsque la délimitation et l'intensité de l'érysipèle sont aussi grandes, que le siège originel est spécial.

On verra souvent (ainsi qu'il nous a été donné de l'observer maintes fois, surtout chez les enfants bien dodus, potelés et gras) se produire des ulcérations ou plaies linéaires, suivant les replis que l'on trouve dans l'aisselle et à la partie la plus profonde de ceux-ci.

Quand un enfant pleure et qu'il ne paraît pas être malade, ni avoir faim, ni avoir besoin de dormir, c'est un des points qu'il ne faut pas négliger d'examiner. On y trouvera souvent l'explication des cris de l'enfant et la source la plus précieuse d'indications thérapeutiques.

Ces ulcérations surviennent par le fait de la rétention et de l'altération, au fond de ces replis cutanés formés par les masses adipeuses sous-jacentes, des produits des sécrétions de la peau et en particulier de la sécrétion sébacée. Aussi, pour les prévenir, lorsque les mères langent et saupoudrent leurs enfants, est-il bon qu'elles saupoudrent aussi ces

(2) L. Baumel. — De la Dermatite exfoliatrice des nouveau-nés, in Semaine Médicale. Paris, 1896, p. 201.

régions, après les avoir lavées avec de l'eau boriquée, tiède ou froide suivant la saison, et séchées au préalable. La peau doit être tendue à ce moment-là, de façon à faire disparaître ces plis plus ou moins profonds et l'adossement cutané qui en résulte.

Quand ces ulcérations viennent à se produire, le simple contact des vêtements et en particulier du pourtour inférieur des manches, provoque ou exagère la douleur et les cris de l'enfant.

Ce contact douloureux est favorisé par l'habitude qu'ont les mères ou les nourrices, en soulevant les nourrissons pour les faire passer de la station couchée à la station assise ou debout, de les prendre précisément par le tronc immédiatement au-dessous des aisselles et de presser ainsi, avec le bord supérieur de leurs mains, sur les parties malades elles-mêmes.

Voilà bien, dans ces conditions, une porte d'entrée ouverte à l'érysipèle.

Nous avons observé également l'érysipèle de la face et du cuir chevelu chez un enfant atteint d'eczéma de ces régions. On doit l'y rencontrer, beaucoup plus fréquemment qu'on ne le suppose, à titre de complication.

Enfin, dans la seconde enfance, on voit l'érysipèle de la face, tel qu'on l'observe beaucoup plus tard, avec ses deux formes : *aiguë* et *chronique* sus-mentionnées.

Cette dernière forme se rencontre de préférence, comme nous l'avons dit, chez les enfants lymphatiques et scrofuleux.

Marche, Durée, Terminaison. — Incubation, augment irrégulier, état, déclin, œdeme et *desquamation,* tels sont les stades habituellement observés dans l'érysipèle. La fièvre seule et l'intensité des phénomènes locaux manquent dans la *forme atone.* Une première atteinte, loin de frapper d'immunité, semble au contraire appeler sinon des *rechutes*, du moins des *récidives* plus ou moins nombreuses et cela s'applique aussi bien à la forme aiguë qu'à la forme chronique.

La guérison est la conséquence ordinaire de l'érysipèle, même chez l'enfant tout jeune, à moins de complications

telles que l'infection généralisée (caillots intravasculaires, phlébite, etc.), la péritonite, la méningite, etc., etc.

Pronostic. — Le pronostic découle de ce que nous venons de dire ci-dessus. La fièvre elle-même a son importance, à ce point de vue, chez l'enfant surtout, qui supporte mal des températures élevées de 40° 41°, quand elles se prolongent tant soit peu. Ces températures sont rarement atteintes, il faut le reconnaître, dans l'érysipèle, à moins de complications graves du nombre de celles que nous venons d'énumérer précédemment.

Traitement. — Etant donné l'état saburral et le véritable embarras gastro-intestinal qui accompagne habituellement l'érysipèle, un vomitif et surtout un purgatif léger sont parfaitement indiqués.

Le meilleur vomitif, chez l'enfant, celui du moins qui est le plus facilement accepté ou le plus commode à administrer, est encore le sirop d'ipécacuanha (30 grammes), seul avant l'âge de 6 mois, additionné après, suivant le conseil de Trousseau, de poudre d'ipécacuanha (5 à 30 centigrammes suivant l'âge).

Dans la deuxième enfance, la poudre peut être administrée isolément, à des doses plus élevées toutefois et toujours en 2 ou 3 prises, à un quart d'heure d'intervalle, jusqu'à effet produit. Il faut attendre toujours deux heures, après le dernier vomissement, pour alimenter le petit malade.

Le meilleur purgatif est encore l'huile de ricin, de 5 à 20 grammes suivant l'âge.

Dans la seconde enfance, comme chez l'adulte, il est bon d'ajouter, à ces moyens évacuants, l'emploi des toniques, en particulier du quinquina, et cela, même dans la forme aiguë du mal. M. Jaccoud le donne à l'adulte sous forme de vin ; nous préférons le sirop ou la décoction dans le lait, chez l'enfant.

Dans le tout jeune âge, on pourra se passer des toniques, qu'on prescrira, s'ils sont acceptés facilement par les petits malades, sans les leur imposer toutefois.

Le sérum antistreptococcique de Marmoreck ne peut pas

être considéré comme efficace. M. Variot l'a montré même nuisible dans bien des cas.

XXIII. — Scrofule

Définition. — La scrofule est une maladie si voisine de la tuberculose que certains auteurs ont une grande tendance à les confondre l'une avec l'autre. Il semble, en effet, que, plus s'étend le domaine de la seconde, plus diminue au contraire celui de la première, sans que celle-ci, à notre avis du moins, soit jamais appelée à disparaître du cadre nosologique.

Etiologie. — La tuberculose est, en effet, la manifestation *caractéristique* de l'infection, par le microbe de Koch, ici de tel ou tel point du corps, là de l'organisme tout entier.

La scrofule se présente à nous, en clinique, comme un état diathésique et général, on ne peut plus favorable à l'éclosion tuberculeuse, mais on ne peut plus défavorable à son évolution, qu'elle ralentit démesurément.

La scrofule et la tuberculose seraient-elles un jour, qui nous paraît encore fort éloigné, confondues l'une avec l'autre et reconnues de nature, nous ne dirons pas seulement analogue, mais identique, qu'il faudrait encore les distinguer, en clinique, puisqu'elles se différencient par leur manière d'être, leurs symptômes, leur évolution : nous pourrions ajouter, même, leur terminaison et leur traitement.

Le lymphatisme est la prédominance du système lymphatique (vaisseaux, ganglions, lymphe), chez un sujet, de même que le tempérament sanguin est la prédominance du sang et de l'appareil circulatoire.

La scrofule est quelque chose de plus. Elle est, sinon une diathèse, du moins une prédisposition morbide donnant, dès l'enfance, à ceux qui en sont atteints, un cachet particulier.

M. le professeur Grancher (1) a déclaré que, parmi les diathèses, les unes dépendent d'un microbe, connu ou

(1) Grancher, Leçon d'ouverture. Alcan-Lévy, Paris 1885, p. 14.

inconnu, que les autres attendent (il aurait pu ajouter : ou possèdent) leur formule chimique. C'est dans la deuxième classe de la première catégorie ou dans la seconde catégorie des diathèses de Grancher, que doit figurer la scrofule.

Symptomatologie. — Il n'est pas, en pédiâtrie, de manifestation pathologique se terminant par suppuration, qui n'ait été comprise dans la scrofule, depuis le simple eczéma impétigineux de la face et du cuir chevelu (si commun chez l'enfant et que nous étudierons plus loin, en montrant sa véritable nature, à notre avis du moins), jusqu'à la plupart des suppurations osseuses (qui reconnaissent souvent une origine infectieuse des plus banales et des plus communes), sans parler de toutes les formes de l'adénopathie que l'on peut rencontrer chez l'enfant (A. mésentérique, bronchique, de la racine des membres), mais surtout de la région cervicale (antérieure, latérale ou même postérieure) et qui présentent une infinie variété étiologique et pathologique.

Ce sont surtout les adénites cervicales suppurées, laissant souvent à leur suite, chez l'enfant, des cicatrices exubérantes et étendues, traces indélébiles de leur existence (adénites désignées communément sous le nom de *gourmes* et cicatrices vulgairement appelées *écrouelles*), que l'on considère comme se développant sous l'influence de la scrofule.

C'est ce que l'on qualifie assez facilement, trop facilement même, de tuberculoses locales. Or, s'il est des adénites cervicales qui sont incontestablement tuberculeuses, il en est aussi, et c'est le plus grand nombre, qui ne le sont point.

Si quelque chose nous frappe et nous paraît digne d'être retenu et connu, dans la scrofule, ce sont moins ces diverses localisations ou manifestations pathologiques (souvent qualifiées à tort de scrofuleuses), que le faciès scrofuleux proprement dit, qui caractérise en quelque sorte la maladie et en donne pour ainsi dire la signature authentique. La face, généralement large et étalée, est, suivant les sujets, tantôt rouge et comme injectée (c'est le cas le plus ordinaire), tantôt pâle et décolorée.

Les traits n'ont point cette finesse et ces lignes régulières que l'on trouve sur les beaux visages.

La peau, qui la recouvre, est généralement grossière et presque rugueuse, sans qu'elle soit cependant le siège d'une manifestation pathologique quelconque.

Le nez est large et épaté, les narines fortement ouvertes. Les lèvres, épaisses, rappellent assez les lèvres dites sensuelles.

Ces enfants sont généralement gras, replets et dodus. Ils ont toutes les apparences d'une santé parfaite, sauf ce cachet de scrofule que révèle, à un degré plus ou moins intense, leur faciès, en présence duquel un œil expérimenté ne se trompera jamais.

Non seulement le scrofuleux a les tissus *flasques* et *mous*, mais encore ses muqueuses sont assez souvent le siège d'un *catarrhe chronique* persistant, tels sont : le coryza, les ophtalmies en général et surtout les blépharites, les otites, mais aussi les vulvo-vaginites et la leucorrhée, enfin les végétations adénoïdes dans le pharynx, l'acné à la peau, etc., etc.

On a cru que le lymphatisme et la tuberculose réunis pouvaient produire la scrofule. On a pensé de même de l'association du lymphatisme et de la syphilis, de la syphilis et de la tuberculose.

Tout ceci nous prouve surabondamment que la scrofule est quelque chose à part et que, devrait-elle un jour être considérée comme se rapprochant, par exemple, plus de la tuberculose que du lymphatisme ou de la syphilis, il n'en est pas moins vrai qu'il existe, entre ces trois états pathologiques, une très grande affinité, démontrée, pour cette dernière en particulier, par ces faits auxquels les syphiligraphes ont cru pouvoir donner le nom de *scrofulate de vérole*.

Diagnostic. — Le faciès spécial du scrofuleux mettra rapidement sur la voie du diagnostic tout praticien tant soit peu expérimenté.

Il sera bon toutefois, avant de se prononcer sur la nature véritablement scrofuleuse d'une suppuration cutanée, osseuse, ganglionnaire ou même muqueuse, d'être bien certain qu'au-

cune cause d'infection commune et banale ne saurait être incriminée. C'est ce qui arrive journellement pour la dentition, en ce qui concerne surtout les adénites cervicales suppurées. Elle agit par traumatisme et par infection muqueuse ou par action réflexe et par infection cutanée, consécutive à l'eczéma par exemple.

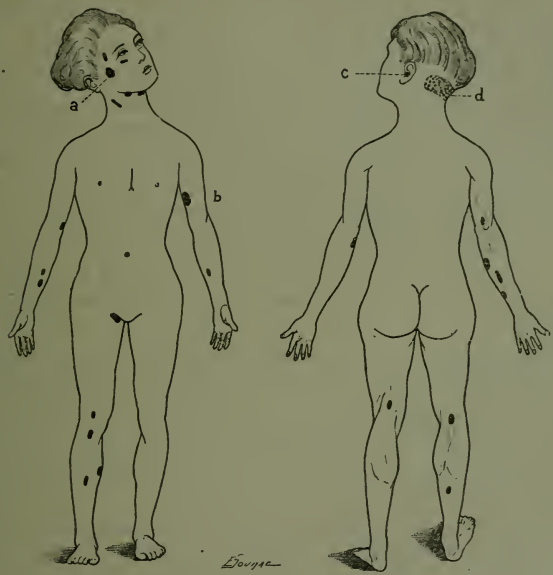


Fig. 21 Fig. 22

Scrofule observée chez une fillette âgée de 7 ans

Fig. 21. — a et b ; zones de suppuration actuelle. — Fig. 22. — c ; otite actuelle. d ; eczéma de la nuque. — Dans ces deux figures les points noirs, que l'on trouve sur les membres, la face et le cou, indiquent les nombreuses cicatrices, vestiges d'anciens foyers.

Nous avons vu, dans notre service, un garçon de 14 ans, présentant une adénite suppurée du creux poplité droit, longtemps après (6 mois) la fermeture et la cicatrisation complète d'une plaie transversale de la plante du pied correspon-

dant, plaie produite par un morceau de verre situé dans le lit d'une rivière et sur lequel l'enfant avait marché pieds nus.

Chez le même sujet, sorti guéri de la clinique, survint encore, 6 mois après environ, une adénite suppurée de l'aine du même côté, dont il guérit d'ailleurs avant de quitter le service pour la seconde fois. Nous l'avons revu, à l'âge de 21 ans, entièrement guéri et sans nouvelle atteinte. La première adénite, la seconde surtout, nous eussent autorisé à le considérer comme scrofuleux. Nous ne l'avons point fait, ne voyant là que le résultat d'une infection banale et commune.

Dans mes leçons cliniques sur les maladies des enfants et à propos de la scrofule, j'ai publié l'observation d'une fillette qui portait plus de 20 cicatrices sur les diverses parties du corps, traces indélébiles de la scrofule dont elle avait présenté de nombreuses atteintes, aussi bien du côté des os (jambes, bras, conduit auditif externe) que de la peau et des ganglions lymphatiques du cou, de l'aine, etc. (Voir les figures ci-dessus).

Bien des adénites suppurées ne sont, chez l'enfant, que le résultat d'infections banales, streptococciques ou staphylococciques (dentition et eczéma). Bien des ostéites ou arthrites suppurées ne sont, souvent, que la conséquence de traumatismes, survenus *au cours de la croissance*, et d'inflammations, ayant pour point de départ le *voisinage du cartilage juxta épiphysaire* ou *d'ossification et d'accroissement en longueur de l'os*. Viennent ensuite des infections, secondaires et à plus ou moins grand intervalle (tuberculeuse ou autres), qui jettent la confusion et l'obscurité sur l'origine et la nature première du mal. Nous devons aussi reconnaître le rôle important dévolu, dans certains cas, à un état *diathésique* du sujet, héréditaire ou acquis, tuberculeux ou même syphilitique. Dans chaque cas particulier, une enquête minutieuse sera faite à ces différents points de vue.

On ne sera autorisé, d'après nous, à déclarer tuberculeuses ces diverses manifestations (ganglionnaires, osseuses ou même muqueuses et cutanées) que lorsque, par la culture ou l'inoculation aux animaux, on aura reconnu que l'on se

trouve bien réellement en présence de manifestations de cette nature.

Nous avons vu si souvent guérir des tumeurs blanches et des suppurations osseuses ou articulaires se faisant jour à la peau, contre lesquelles la chirurgie s'était même une fois déclarée impuissante (1), que, tout en admettant l'existence des tuberculoses locales, nous les croyons beaucoup plus rares qu'on ne le pense et que, dans tous les cas, on n'est autorisé à les déclarer telles, que lorsqu'on a mis en évidence *pour chacune* le corps du délit, c'est-à-dire le *microbe de Koch*.

Elles paraîtront moins fréquentes à l'avenir, si l'on a soin de prendre la précaution que nous indiquons comme indispensable à la certitude du diagnostic.

Pronostic. — La scrofule, qui ne tue point par elle-même d'ordinaire, offre cependant une certaine gravité pronostique, en raison des prédispositions fortes qu'elle constitue ou des aggravations d'autres états pathologiques et surtout diathésiques qu'elle détermine.

Traitement. — Le traitement de la scrofule consiste surtout en l'emploi des résolutifs, au premier rang desquels figurent : la thalassothérapie, l'iode et les iodures alcalins.

C'est surtout à l'égard des enfants scrofuleux, ces candidats à la tuberculose, que sont et resteront efficaces les sanatoria maritimes.

Il y a longtemps que l'œuvre nationale des hôpitaux marins a montré dans ce sens le bon exemple, trop lent peut-être à se généraliser ou, du moins, trop tardivement suivi. Elle a été très utile, grâce à la forte, énergique et si compétente impulsion, que lui a donnée son regretté président, le docteur Jules Bergeron, si dignement remplacé naguère par M. le Dr Bucquoy.

(1) Il s'agissait du fils d'un instituteur, âgé de 4 ans environ, qui portait plusieurs points de suppuration osseuse sur chacun des segments des membres inférieurs et chez lequel on avait déclaré impossible la désarticulation de la hanche d'un côté, opération qu'on eut pratiquée sans cela. Ce malade ne conserva qu'une ankylose et vit s'éteindre ses divers foyers de suppuration.

La thalassothérapie comprend deux choses bien distinctes : le traitement par l'air marin et le traitement par l'eau marine (bains de mer). Nous devons y ajouter les bains de sable, ainsi que les eaux minérales chlorurées sodiques (eaux et boues de Balaruc, de Salies de Béarn, etc).

Si, au-dessous de l'âge de 2 ans, les bains de mer doivent être proscrits, en raison de la réaction difficile parfois à cet âge et des dangers qui pourraient résulter de son défaut ou de son insuffisance, il en est tout autrement du séjour plus ou moins prolongé (des mois ou même des années) sur les bords de la mer, séjour tout aussi utile mais beaucoup moins dangereux.

Le bain de mer, chez l'enfant surtout, doit être court, de 5 à 10 minutes au plus.

Parmi les iodiques, le sirop de raifort iodé sera de préférence prescrit aux plus jeunes et par cuillerées à café (de 2 à 4), dont le nombre sera à peu près égal à celui des années du petit malade. Quant à l'iodure de potassium, on le donnera en solution à 5 % et à raison de 5 à 30 grammes par jour de solution, selon l'âge, en deux fois dans une tasse de lait sucré à peine tiède.

Les applications cutanées et rares de teinture d'iode (tous les 3 jours) seront aussi très utiles, pour faciliter la résolution des engorgements ganglionnaires, avant la suppuration. Celle-ci une fois survenue, l'évacuation s'impose.

Dans ces divers cas, l'huile de foie de morue sera avantageusement prescrite, l'hiver, à la dose d'une ou deux cuillerées à dessert ou à bouche par jour et avant le repas, à condition toutefois qu'elle soit bien supportée et qu'elle ne donne pas la diarrhée. On devra en interrompre l'usage de temps à autre (toutes les 3 semaines, 8 jours par exemple).

XXIV. — Tuberculose

Définition. — La tuberculose est une maladie infectieuse et contagieuse due au bacille de Koch.

Elle peut revêtir des formes multiples, être générale ou locale, aiguë ou chronique, ouverte ou fermée, toujours caractérisée par la présence du bacille spécifique et la production de granulations transparentes (granulie) ou de tubercules, d'abord gris, puis jaunes, qui se ramollissent et suppurent, détruisant, avec leur propre substance, celle des divers parenchymes ou tissus sur lesquels ils se sont développés.

Étiologie. — La contagion et le bacille de Koch sont les seules causes de propagation et de production de la tuberculose.

On a invoqué aussi l'influence de l'*hérédité*, dont l'action devient, de nos jours, de moins en moins évidente, au fur et à mesure que le rôle dévolu à la contagion apparaît comme de beaucoup le plus important (1).

Un de mes élèves, M. le Dr Terrin (2), a, dans sa thèse inaugurale, rapporté le fait relatif à une malade de mon service qui, âgée de dix mois, y succomba des suites d'une tuberculose pulmonaire ayant donné lieu à de multiples cavernules et, ce qui est infiniment rare à cet âge, à une grosse caverne du poumon.

Cette enfant, dont le père et la mère sont bien portants, avait perdu, cinq mois auparavant, son grand-père maternel, atteint de tuberculose pulmonaire. C'est là, quand sa mère (qui l'allaitait) allait s'occuper de son propre père malade, où elle a contracté, à notre avis, les germes de la maladie qui l'a emportée quelques mois après.

Le rôle de la contagion a été beaucoup plus grand certainement, dans ce cas, que celui de l'hérédité. Ce fait se produit d'ailleurs bien plus souvent qu'on ne pense. C'est notre opinion depuis longtemps. C'est aussi celle qui a été formulée par M. le professeur Grancher, dans sa magistrale préface au

(1) L. Baumel. La tuberculose infantile. Ses différentes formes. Sa fréquence. Rôle de l'hérédité et de la contagion. Déductions pratiques. (Conférence faite au Palais universitaire le 6 février 1903).

(2) Terrin. Tuberculose pulmonaire infantile, de la naissance à 2 ans. Thèse de Montpellier, 1897.

traité des maladies des enfants, publié sous sa haute direction (1).

Pour notre compte, nous avons souvent présent à l'esprit le fait relatif à une dame de 40 ans, que nous avons connue tout enfant, à 4 ans. Née d'une mère tuberculeuse, qui succomba à cette maladie peu de temps après lui avoir donné le jour, et d'un père, qui mourut tuberculeux quelques années après, elle échappa toutefois à cette double influence, contagieuse, parce qu'elle fut de bonne heure, c'est-à dire dès sa naissance, arrachée au foyer d'infection par une parente qui l'adopta, l'éleva, la dota et la maria, après lui avoir rendu, par dessus tout, le signalé service de la préserver de la tuberculose familiale, à laquelle elle était fatalement vouée et à laquelle elle n'eut sûrement point échappé.

Dans certaines familles, par exemple, on voit la mère et un ou plusieurs enfants mourir, successivement et dans un espace de temps relativement court (des mois ou des années), de tuberculose pulmonaire, de méningite tuberculeuse ou de toute autre localisation de même nature, et, au contraire, le mari ou les autres enfants, que leurs occupations, leur jeune âge ou leurs études, tiennent longtemps éloignés de la maison, jouir d'une santé parfaite et ne point contracter les germes du mal.

Les faits de ce genre sont légion. Aujourd'hui, que nous les connaissons bien, ils deviendront de plus en plus rares en ce sens que, grâce aux progrès de la désinfection et de l'hygiène préventive, les victimes de ce fléau redoutable seront, nous en avons le ferme espoir, de moins en moins nombreuses.

C'est surtout l'enfant qui doit bénéficier de l'efficacité des moyens prophylactiques ; car, plus il est jeune, plus il est de ce fait exposé au contage, soit que, ne marchant pas, il reste dans les bras d'une personne malade (nous avons vu les deux enfants de parents non tuberculeux succomber, l'une de tuberculose pulmonaire aiguë, l'autre de méningite tubercu-

(1) Grancher, in Traité des maladies de l'enfance de MM. Grancher, Marfan et Comby, Paris 1897, T. I, préface, pages III et suivantes.

leuse, parce que la bonne de la maison était atteinte de phtisie pulmonaire); soit que, marchant peu, il soit souvent sur les genoux ou dans les bras d'un membre de la famille (mère le plus souvent) ou d'un serviteur malade, comme dans le cas précédent; soit enfin que sa taille, d'autant plus petite que son âge est moins avancé, le mette plus directement en rapport avec les poussières soulevées, dehors par le vent, dedans par le balayage, et contaminées par les crachats de phtisiques. Ces poussières de crachat sont, on le sait, les agents ordinaires les plus puissants de transmission de la maladie.

Symptomatologie. — Bien des formes peuvent être revêtues par la tuberculose, chez l'enfant.

La tuberculose pulmonaire s'y rencontre, quoique peut-être moins fréquemment que chez l'adulte. Elle est, comme chez ce dernier, aiguë ou chronique, le *plus souvent aiguë* et fébrile.

Dans un cas, chez une fillette de 12 ans, nous avons observé la forme de *phtisis ab hemoptoe*, c'est-à-dire une toux opiniâtre suivie d'hémoptysies abondantes et répétées ouvrant la scène morbide. La mort survint, avec une fièvre élevée de 40° et 41°, dans le courant de l'année où l'enfant avait été reconnue tuberculeuse. Cette enfant, la plus jeune de sa famille, habitait avec celle-ci un appartement occupé auparavant par une malade tuberculeuse. Elle fut seule atteinte. Les parents, qui se portent bien actuellement encore, c'est-à-dire plusieurs années après (3 ou 4), ont depuis longtemps quitté ce logement.

D'un autre côté, nous observons depuis près de 9 ans une fillette, actuellement âgée de 16 ans, qui vient régulièrement passer l'hiver dans notre clinique et que nous envoyons l'été à la campagne. Elle appartient a l'assistance publique. Cette enfant porte, depuis 9 ans, des lésions pulmonaires que *plusieurs de nos collègues*, à qui nous l'avons montrée, considèrent avec nous comme tuberculeuses. Cette enfant a eu, il y a 7 ans, dans le service, une méningite à fièvre intense, céphalalgie extrême, vomissements incoercibles, que mes aides et moi déclarâmes tuberculeuse et dont elle a guéri sans

qu'il lui en reste la moindre trace (1). Elle vient enfin d'avoir récemment de légères hémoptysies.

Elle est restée longtemps sans pouvoir nous fournir un seul crachat, comme cela a lieu pour beaucoup d'enfants. Ceux-ci, en effet, crachent d'ordinaire dans leur estomac.

Dans ces cas, notre savant collègue et excellent ami, M. le professeur Hutinel (de Paris), fait pratiquer, le matin, le lavage de l'estomac, chez ceux de ses petits malades qu'il suppose atteints de tuberculose pulmonaire et il fait examiner bactériologiquement les mucosités, amenées ainsi par le tube de Faucher. Cela peut être utile dans bien des circonstances. Nous n'avons pas encore eu l'occasion d'y recourir, mais nous nous proposons de le faire, le cas échéant. Chez notre jeune malade, nous étions sur le point de l'employer lorsqu'elle put expectorer et recueillir quelques crachats, que nous avons examinés nous même et dont une partie fut envoyée au laboratoire des cliniques de l'hôpital suburbain, une autre à celui de bactériologie de la Faculté.

Notre collègue, M. le professeur Rodet, a bien voulu, dans cette circonstance, nous prêter son précieux concours. Toujours le résultat a été négatif et cependant les lésions pulmonaires bilatérales persistent encore. L'auscultation les révèle très nettement. On perçoit même des râles cavernuleux sur certains points.

Avec cela, la croissance s'est continuée, le poids augmente et la menstruation s'est établie depuis deux ans environ.

Nous persistons à croire, malgré tout, qu'il s'agit là d'une tuberculose pulmonaire *encore fermée* et ganglionnaire surtout, en dépit des râles cavernuleux auxquels peut donner lieu la simple dilatation bronchique.

D'ailleurs il n'est pas rare, après un ou plusieurs examens positifs chez l'enfant, qu'il s'en produise de nombreux négatifs.

(1) A la même époque nous avons vu guérir, dans notre service, un cas de méningite syphilitique. Depuis lors, plusieurs cas peu nombreux, non seulement de méningite, mais de péritonite tuberculeuse, ont guéri sous nos yeux, à notre grande surprise et à notre profonde satisfaction Ces cas sont très encourageants pour le pédiâtre.

C'est ce qui a eu lieu pour un garçon ichthyosique de 12 ans, mort actuellement, qui, *après un premier examen bactériologique positif, en présenta de nombreux négatifs pendant plusieurs mois*, après quoi les bacilles reparurent en grand nombre dans les crachats, où on les vit désormais figurer régulièrement.

La méningite tuberculeuse est une des formes communes de la tuberculose chez l'enfant. On l'observe surtout à partir de l'âge de 6 à 7 ans, c'est-à-dire à partir du moment où il semble que le cerveau soit le siège d'un développement plus actif. C'est aussi l'époque où la culture intellectuelle rend les fonctions de l'organe et, par suite, sa vascularisation plus intenses qu'auparavant. Nous aurons à y revenir d'ailleurs.

La péritonite tuberculeuse est aussi une forme assez fréquente de tuberculose dans l'enfance. L'infection digestive s'explique tantôt par l'ingestion d'aliments (viande, lait) provenant d'animaux tuberculeux, tantôt par les crachats tuberculeux passant, chez l'enfant en particulier, des bronches dans l'estomac et dans l'intestin.

Deux des formes assez fréquentes de la tuberculose infantile sont: la forme osseuse et, surtout, la forme ganglionnaire.

La forme osseuse comprend le mal de Pott (tuberculose vertébrale), certaines otites (carie du rocher), enfin quelques ostéites des côtes, des membres, du bassin, mais non pas toutes ainsi que nous l'avons dit plus haut.

La forme de beaucoup la plus commune chez l'enfant est, sans contredit, la *forme ganglionnaire*, que celle-ci prédomine ou siège exclusivement du côté du mésentère (adénopathie mésentérique tuberculeuse ou carreau), ou bien au contraire du côté de la trachée et des bronches (adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse). Cette dernière est peut-être plus fréquente chez l'adulte ; soit qu'elle existe comme localisation en apparence primitive et dominante ; soit qu'elle succède à la tuberculose pulmonaire et l'accompagne ou la complique, principalement à la dernière période (toux coqueluchoïde, vomissements alimentaires provoqués par la toux qui survient au moment des repas).

Cette localisation de la tuberculose peut aussi s'observer chez l'enfant, moins fréquemment toutefois. Car, ainsi que nous le verrons plus loin, l'adénopathie bronchique peut reconnaître, chez lui, les causes les plus communes et les plus variées ; beaucoup plus nombreux même sont les cas de ce genre, à cet âge.

Il est bon de se rappeler cependant que la tuberculisation des ganglions bronchiques survient souvent *d'emblée*, dans l'enfance, et sans qu'il existe la moindre lésion analogue du côté du poumon.

S'il est une forme banale de tuberculose ganglionnaire, c'est bien celle de la région cervicale. Ici encore, le diagnostic ne doit être déclaré tel, que lorsqu'on a pu mettre en évidence la véritable cause du mal, c'est-à-dire le bacille.

L'évolution dentaire, d'une part, l'eczéma impétigineux de la face et du cuir chevelu, d'autre part, peuvent sans doute (le second surtout) servir de porte d'entrée au microbe tuberculeux ou faire éclore une tuberculose ganglionnaire et cervicale déjà latente, on ne doit point l'oublier ; mais, ils peuvent aussi aboutir à l'adénite, même suppurée, par infection commune et banale, simplement streptococcique, staphylococcique ou autre, sans que l'on soit autorisé à y voir la moindre trace de tuberculose.

Enfin la peau elle-même peut être atteinte de celle-ci, sous forme de *lupus* le plus souvent (voir plus loin maladies de la peau).

Diagnostic. — Le diagnostic n'est absolument certain que lorsque, dans l'expectoration ou dans les divers produits pathologiques, on a rencontré le bacille de Koch. Que de tuberculoses, locales ou générales, données comme guéries, ne sont, après tout, que des erreurs de diagnostic !

Nous ne voulons pas dire, par là, qu'il faille attendre le microbe spécifique pour diagnostiquer et agir, au contraire ; mais on ne peut se flatter d'avoir guéri une manifestation tuberculeuse que lorsqu'on a réuni toutes les preuves matérielles établissant la véritable nature du mal.

Pronostic. — Le pronostic est toujours grave, quelle que

soit la forme ou la marche de la tuberculose en présence de laquelle on se trouve. La localisation de celle-ci, en apparence la plus limitée et la plus bénigne, est susceptible, à un moment donné, de complications diverses et, surtout, d'extension ou de généralisation.

Traitement. — La prophylaxie consiste, sinon à isoler les tuberculeux, du moins à stériliser ou à détruire leurs déjections dangereuses, en particulier les crachats et la suppuration (cutanée, muqueuse, adénique, osseuse, etc.). Le meilleur moyen de stérilisation est encore le feu où l'on projette le contenu des crachoirs à sciure de bois, dans lesquels doit expectorer consciencieusement tout malade soucieux de l'intérêt de son voisinage immédiat et de ses semblables.

L'alimentation doit être aussi substantielle que possible. On a même pratiqué le gavage. La suralimentation est couramment utilisée.

La cure d'air, marin ou de montagne, dans les divers sanatoria, maritimes ou d'altitude, suivant la forme floride ou torpide, aiguë ou chronique, de la maladie, rendra parfois les plus signalés services.

Parmi les médicaments dont on peut faire usage, il en est un qui jouissait, il y a peu de jours encore, d'une vogue qui semblait bien méritée, c'est le cacodylate de soude, que l'on pouvait donner en injections hypodermiques, comme chez l'adulte, en préparations pharmaceutiques liquides (solution, potion, sirop) ou solides (granules, pilules, etc.) (1). On lui préfère actuellement le métharsinate bisodique.

L'huile de foie de morue, les phosphates de chaux, peuvent, à un moment donné, répondre à des indications particulières.

(1) Voir, en ce qui concerne le cacodylate chez l'enfant, les observations, de mon service, qui figurent dans la thèse de M. le Dr Péraldi, Montpellier 1900.

XXV. — Diphtérie

Définition. — La diphtérie est une maladie contagieuse et toxique due au microbe de Klebs-Löffler.

Elle peut revêtir plusieurs formes et affecter plusieurs localisations. Elle est *muqueuse*, comme dans l'angine couenneuse et le croup, ou *cutanée*, à la suite, par exemple, d'applications vésicantes chez un diphtérique.

Etiologie. — En dehors du microorganisme spécifique, sus-indiqué, il est certaines conditions, particulières ou générales, qui favorisent l'éclosion de la diphtérie.

Le jeune âge y prédispose de la façon la plus remarquable, aussi cette maladie est-elle presque exclusive à l'enfance, bien que l'adolescence n'en soit pas absolument à l'abri.

La diphtérie aviaire semble avoir quelque analogie avec la diphtérie humaine, à supposer même qu'elles ne dérivent pas l'une de l'autre, ce que certains auteurs sont portés à admettre.

Symptômes. — Quelle que soit la localisation observée (angine diphtérique, croup, diphtérie cutanée), ce qui caractérise la diphtérie, c'est la fausse membrane blanche et couenneuse, formée en grande partie de fibrine et contenant, surtout dans sa partie profonde, le microbe caractéristique.

Parfois les surfaces, qui en sont le siège, deviennent rouges ou noirâtres, par hémorrhagie ou par gangrène. De là le nom d'angine gangréneuse donné à certaine forme de la diphtérie, localisée à l'isthme du gosier ou à l'arrière-gorge.

Ses symptômes, à part ce qu'elle a de spécifique, sont ceux des diverses localisations qu'elle présente.

C'est ainsi que l'angine s'accompagne d'un certain degré de tuméfaction des parties atteintes et de dysphagie, par fonctionnement douloureux de celles-ci. La fièvre elle-même, plus ou moins intense, s'allume. C'est ce qui a permis à Roger de décrire trois formes de diphtérie (hypertoxique, toxique et hypotoxique). La fièvre, dans ce dernier cas, est

rarement intense. Elle peut être très faible, 38°, 38°5, ou même nulle 37°5 et au-dessous.

Le croup est la localisation de la diphtérie au larynx. Il se révèle par une gêne plus ou moins grande apportée à la respiration et surtout par un *bruit laryngien*, renouvelé à chaque inspiration et à chaque expiration. On observe assez souvent du *tirage* et du *cornage* dus, le premier, à l'effort inspiratoire et à l'obstacle laryngien qui, empêchant l'air de pénétrer librement dans les poumons, permet la dépression des parties molles du cou, lesquelles à chaque inspiration semblent vouloir pénétrer dans le thorax ; le second, au bruit particulier déterminé par le passage de l'air à travers la glotte rétrécie ou en spasme, œdémateuse parfois, toujours plus ou moins obstruée par les fausses membranes.

Une *toux rauque et férine, caractéristique*, accompagne généralement le croup. On la reconnaît aisément lorsqu'on l'a déjà plusieurs fois entendue et, malgré certaines analogies que présente avec elle celle de la laryngite striduleuse ou faux croup, on l'en distingue, avec un peu d'habitude, assez facilement.

De temps à autre quelque fausse membrane est expulsée et permet de consolider le diagnostic, au cas où il serait encore hésitant. Il est rare d'ailleurs que la gorge ne soit pas, en un point quelconque, le siège de productions diphtériques (angine), dont l'examen clinique et bactériologique lève rapidement tous les doutes, s'il en existait encore.

Le croup, qui est généralement descendant c'est-à-dire habituellement consécutif à une angine diphtérique, est quelquefois ascendant c'est-à-dire développé à la suite d'une bronchite de même nature, ainsi que nous en avons observé et guéri un cas fort remarquable. Dans ce dernier, l'examen bactériologique, fait par nous, fut des plus probants. Il s'agissait d'une fillette de 5 ans qui, plusieurs jours avant son croup, expulsait des fausses membranes représentant la forme des bronches et de leurs ramifications.

Pour peu que persiste la gêne respiratoire, *l'asphyxie* ne tarde pas à se produire et le petit malade succombe le plus

souvent par suite de cette complication, plus encore que par celle de la diphtérie elle-même. De là l'hypothermie, l'anesthésie même, survenant à un moment donné, le calme relatif succédant à l'agitation, la pâleur et la cyanose se substituant à la congestion faciale et aux yeux saillants du début.

La diphtérie peut tuer aussi par *intoxication*. Si le microbe spécifique, en effet, ne pénètre pas dans le sang ni dans les divers tissus, il y déverse une *toxine* extrêmement active qui peut produire la mort par son action sur le *cœur* et le *système nerveux*, action énergique au premier chef comme on peut en juger par les cas de *syncope mortelle* survenant même après l'emploi du sérum antidiphtérique, mais aussi par les diverses *paralysies diphtériques* observées et décrites jusqu'à ce jour.

Celle du voile du palais et du pharynx, outre qu'elles sont les plus fréquentes, sont aussi les plus redoutables par les complications qui peuvent en résulter (dysphagie, alimentation difficile, passage du bol alimentaire dans le larynx, asphyxie, gangrène des bronches ou du poumon, etc., etc.).

Sur la peau dénudée de son épiderme (condition indispensable à la production de la diphtérie cutanée) et par un vésicatoire le plus souvent, les manifestations pathologiques sont tout à fait identiques à celles que nous avons décrites du côté des muqueuses.

On a voulu distinguer une diphtérie muqueuse et une diphtérie cutanée (Bouchut). L'on a eu raison, pensons-nous, mais l'on n'a pas suffisamment insisté, à notre avis, sur les motifs des dissemblances qu'elles présentent entre elles et que nous trouvons tout entières dans la différence des tissus envahis (peau dans un cas, muqueuse dans l'autre).

Les complications rénales (néphrite albuminurique) et cardiaques (myocardite) doivent être attentivement surveillées et traitées.

Diagnostic. — La pseudo-membrane d'une part, le bacille de Klebs-Lœffler d'autre part, sont les éléments indispensables à un bon diagnostic. Nous devons ne point oublier toutefois que ce microbe a été trouvé dans la bouche de sujets sains.

C'est surtout quand le diagnostic clinique sera corroboré par l'examen bactériologique qu'on aura toutes chances de ne pas se tromper.

Pronostic. — Le pronostic est toujours grave ; car, malgré les immenses progrès réalisés de nos jours dans le traitement de la diphtérie et du croup, il n'en est pas moins vrai qu'en raison des complications qui peuvent survenir (bronchopneumonie, gangrène, paralysies), comme aussi de la résistance de certains cas au traitement spécifique (ce que l'on explique par des associations microbiennes : streptocoques, microbe Brisou, venant s'ajouter au bacille de Lœffler), on n'est jamais sûr, d'avance, d'obtenir un résultat certainement favorable. Il faut aussi, dans certains cas, tenir compte de l'ancienneté du mal et, par suite, du degré d'intoxication ou d'asphyxie qui en résultent déjà au moment où l'on intervient.

Traitement. — Avant les remarquables découvertes de la bactériologie et de la médecine expérimentale en matière de diphtérie, le traitement de celle-ci était vague et consistait surtout dans l'emploi de toniques et excitants généraux (perchlorure de fer, alcool, quinquina, à l'intérieur). Le croup n'était justiciable que de la trachéotomie inventée par Trousseau, moyen que nous avons si souvent vu réussir entre les mains de notre regretté maître, le professeur agrégé Bourdel, qui, un des premiers, y eut recours et le fit connaître à Montpellier (1).

En applications locales, le perchlorure de fer avait été donné presque comme spécifique par Trousseau. Le chlorate de potasse, recommandé par certains auteurs, était tout à fait proscrit par d'autres. La médication vomitive, méthodiquement appliquée, nous avait personnellement rendu des services dans un cas où nous nous attendions tous les jours à pratiquer la trachéotomie (2).

(1) A. Bourdel, De la trachéotomie dans le croup (Acad. des sciences et lettres de Montpellier, 1863).

(2) L. Baumel, Angine diphtérique, in Maladies de l'appareil digestif. T. I, 1888, p. 121.

Aucun de ces moyens, auxquels nous ajouterons le tubage du larynx (inventé depuis longtemps par Bouchut, mais dont le succès n'a été assuré qu'à son retour d'Amérique où il a été perfectionné par O'Dwyer), ne doit être rejeté systématiquement.

De tous le meilleur, incontestablement, consiste dans l'usage des injections de sérum antidiphtérique, à raison de cinq ou dix centimètres cubes l'une, que l'on répète deux et trois fois par jour s'il y a lieu, suivant la gravité du cas et l'âge de l'enfant.

C'est à Behring et à Roux que nous devons la découverte de ce sérum. Grâce à lui, la mortalité par diphtérie, qui était excessive avant son emploi, est tombée notablement.

Ce sérum est celui du sang d'un cheval, à qui l'on a injecté de fortes doses de *toxine diphtérique* et dont on a obligé ainsi l'organisme à former une quantité plus ou moins considérable d'*antitoxine*, laquelle se retrouve surtout dans le sérum du sang de l'animal traité.

Mais, ainsi que nous l'avons dit plus haut, les divers moyens anciennement employés peuvent être encore utiles, dans certains cas particuliers, concurremment avec les injections sous-cutanées de sérum antidiphtérique.

Celles-ci peuvent être suivies, à court intervalle ou à distance plus ou moins grande, de diverses complications. Nous citerons, parmi les principales, l'albuminurie ; mais aussi, certaines éruptions scarlatiniformes ou rubéoliformes, le plus souvent bénignes, qui surviennent parfois immédiatement après l'injection, d'autres fois 10 ou 12 jours après, et qui pourraient être prises pour les fièvres éruptives auxquelles elles ressemblent, surtout en l'absence de tout commémoratif. Les paralysies diphtériques n'offrent pas d'indication différente de celles des paralysies en général (V. plus loin).

XXVI. — Syphilis

Définition. — On désigne sous le nom de syphilis une maladie vénérienne, contagieuse et diathésique. Chez l'enfant, elle peut être *héréditaire* ou *acquise.*

Etiologie. — Un microorganisme paraît être la cause de cette maladie transmissible, non seulement par hérédité (syphilis conceptionnelle, syphilis héréditaire) c'est-à-dire pendant la vie intra-utérine, mais au moment de la naissance (syphilis congénitale) et même après, par le sein d'une nourrice syphilitique ou par les ustensiles de ménage (cuiller d'un adulte ou d'un enfant malade), comme aussi par les jouets (sifflets, trompettes); enfin, par les rapports sexuels, parfois très précoces. Nous avons rapporté le fait d'un enfant de quatre ans ayant contracté, dans ces conditions, un chancre induré du prépuce (1).

Symptomatologie. — C'est Parrot (2) qui nous a, le premier, magistralement décrit les symptômes et les formes de la *syphilis héréditaire.* La forme la plus précoce de la syphilis héréditaire est, d'après lui (à part la mort intra-utérine du fœtus, la macération de celui-ci, les divers avortements ou accouchements prématurés qui se répètent plus ou moins), le pemphigus *de la plante des pieds* et de la *paume des mains,* qui s'observe *peu de jours après la naissance.* Il est caractérisé par de grosses bulles contenant un liquide transparent ou légèrement louche et reposant sur une surface rouge, plus étendue, qui les entoure à leur périphérie.

Une des formes précoces de la syphilis héréditaire est aussi le *coryza syphilitique* et la *pseudo-paralysie de Parrot* ou *achondroplasie.*

Le premier est caractérisé par l'enchifrènement intense et persistant, l'obturation plus ou moins complète du nez, et

(1) L. Baumel. Syphilis in Leçons cliniques sur les maladies des enfants. Paris, Masson, 1893.

(2) Parrot. La syphilis héréditaire et le rachitis. Masson, Paris, 1886.

surtout par l'écoulement, s'effectuant à travers les narines d'une façon à peu près continue, d'un pus sanieux, épais et jaunâtre, parfois sanguinolent; d'où érythème, sinon ulcération, de la lèvre supérieure, résultant de cet écoulement lui-même.

La respiration est parfois bruyante. L'enfant respire le plus souvent par la bouche; de là, une difficulté assez grande pour téter.

C'est grâce à ce coryza que nous fûmes, dans un cas relatif à un enfant de deux mois entré dans notre service, mis sur la voie de la véritable nature de la pseudo-paralysie qu'il présentait et qui était surtout marquée aux membres supérieurs.

Impotence fonctionnelle de ceux-ci, *douleur provoquée par les mouvements* de flexion ou d'extension qu'on leur imprimait, *fine crépitation perçue*, dans le *voisinage du coude*, par la main qui l'embrassait pendant que, de l'autre, on faisait mouvoir l'avant-bras : tels sont les symptômes habituels de la maladie de Parrot, que nous constatâmes très nettement dans ce cas (1). Le diagnostic de nature fut d'ailleurs confirmé par les renseignements recueillis.

C'est dans les premiers mois de la vie qu'elle se manifeste d'ordinaire. Le cartilage juxta-épiphysaire se sépare de la diaphyse et de l'épiphyse, d'où cette crépitation fine, perçue au moment où sont produits artificiellement, à ce niveau, les *mouvements anormaux* provoqués par les tentatives de flexion ou d'extension imprimées aux membres.

Les membres inférieurs, comme les supérieurs, peuvent être atteints, principalement au genou.

Certains *arrêts de développement du cerveau ou de la moelle*, nous le verrons plus loin, *de la boîte crânienne même* (idiotie, imbécillité) (2), semblent reconnaître pour cause la syphilis infantile. Il est une forme particulière du crâne que

(1) Voir cette observation dans la thèse de M. le Dr Fornari sur la Maladie de Parrot. Montpellier, 1900.

(2) L. Baumel et H. Coustan. — L'hérédo-syphilis à forme viscérale, principalement cérébrale, chez l'enfant. In *Nouv. Montp. méd.*, 1900. Voir aussi Moncorvo, Sclérose multiloculaire chez les enfants. Paris, Berthier, 1884.

Parrot considère comme de nature syphilitique : c'est le *crâne natiforme*, qui ressemble assez à des fesses (nates), représentées par les bosses pariétales fortement prononcées et séparées par une dépression ou *gouttière médiane*, correspondant à la suture sagittale.

M. Lannelongue a décrit aussi un tibia syphilitique, en forme de *sabre de cavalerie*, que l'on pourrait prendre pour un tibia rachitique. Parrot, on le sait, donne cette origine à la plupart des cas de rachitisme (1). Il y a certainement beaucoup d'exagération dans cette manière de voir.

En ce qui nous concerne, nous avons signalé depuis longtemps, dans le rachitisme (voir plus haut), l'existence d'os tantôt *épaissis*, tantôt *amincis*, dans leur ensemble, en même temps que *déviés*. Les premiers seraient-ils plutôt d'origine syphilitique, les seconds d'origine simplement rachitique ou ostéomalacique? Y aurait-il là une différence tenant à l'âge du sujet ou à la période de son développement? C'est ce que l'avenir nous apprendra peut-être un jour. C'est ce que nous ignorons, dans tous les cas, actuellement.

Mais, on le comprend aisément, toutes ces diverses manifestations osseuses, principalement du côté des membres, n'ont lieu qu'un certain temps et généralement plusieurs années après la naissance.

Lorsqu'un enfant, syphilitique héréditaire, a échappé au *pemphigus* des extrémités et à la *maladie de Parrot*, il est bien rare qu'il échappe à une *manifestation cutanée*, de même nature, qui frappe surtout les membres inférieurs et principalement leur face postéro-interne. Cette éruption papulo-squameuse, formée de taches généralement circulaires et de couleur jambon fumé, survient, d'après Parrot lui-même, vers l'âge de *2 ou 3 mois;* parfois se produisent de véritables ulcérations, de même forme, à fond grisâtre.

Elle est due à la *macération de ces parties*, par les urines et les matières fécales, mais aussi à la *perturbation apportée à la nutrition générale par le début même de l'évolution dentaire*

(1) Parrot. Loco citato.

(évolution intra-maxillaire). Les premières dents sortent, d'ordinaire, entre le 5e et le 6e mois.

Toujours, chez l'enfant même avancé en âge (10, 12, 15 ans), en présence d'une *tumeur quelconque*, d'une *ostéite* ou *ostéo-arthrite*, d'une *méningite*, d'une *paralysie* (hémiplégie, etc.), on doit songer à la *syphilis héréditaire*, qui, *précoce souvent*, est *parfois tardive*, ainsi que nous l'enseigne, depuis longtemps, M. le Professeur A. Fournier (1).

Certain jour, une mère conduisit à ma consultation de l'hôpital général, son fils, âgé de 4 ans, porteur d'une tumeur, aussi grosse qu'un œuf de poule, non fluctuante et siégeant sur un des côtés de l'abdomen. Elle était décidée à faire opérer son enfant. Or, la tumeur disparut, totalement et rapidement, grâce à l'emploi de l'iodure de potassium que je lui prescrivis.

Là ne se bornent pas les manifestations de la syphilis, même héréditaire, chez l'enfant. Des *ulcérations blafardes*, observées *sur les lèvres*, *principalement aux commissures*, mais aussi parfois *sur leur bord libre* qu'elles creusent plus ou moins profondément, peuvent mettre facilement sur la voie du diagnostic.

Il en sera de même de *certains engorgements ganglionnaires cervicaux*, *de la nuque* en particulier. Enfin, toutes les fois qu'on se trouve, en pédiâtrie, en présence d'une *lésion parenchymateuse* (*hépatique*, *rénale*, *splénique*, *cérébro-spinale*, *cardiaque* même, *pulmonaire*, voire *pancréatique*) on doit encore songer à la syphilis héréditaire possible.

L'enfant syphilitique peut, si le sein de sa nourrice (autre que sa mère) est tant soit peu ulcéré ou gercé, lui donner la syphilis, dont la première manifestation est le *chancre induré du mamelon*. L'accident primitif peut siéger dans la *bouche*, si la syphilis est transmise, de l'enfant à la nourrice, par les instruments de vaisselle (*cuiller*, etc.)

Quant à l'enfant, s'il est atteint de syphilis acquise et non

(1) A. Fournier. La syphilis héréditaire tardive. Paris, Masson, 1886.

héréditaire, la maladie évolue, dans ses traits généraux et ses périodes principales, comme chez l'adulte.

L'accident primitif (chancre induré) peut siéger même sur *la lèvre*, comme nous l'avons observé dans un cas. La roséole, les plaques muqueuses et tous les accidents, non seulement primitifs et secondaires, mais même tertiaires et quaternaires, peuvent successivement survenir. Le *chancre* peut être *intra-buccal*, même chez l'enfant, ce qui rend le diagnostic de l'accident primitif souvent difficile, sinon impossible.

Un enfant de 12 ans, frère du précédent, se présente un jour à notre consultation avec des *plaques muqueuses dans la bouche*. Ecolier, d'une sagesse exceptionnelle, il appartenait à une famille d'honnêtes ouvriers, composée de 8 personnes : le père, la mère et six enfants. Nous n'avons pas pu trouver, dans ce cas, l'origine de la syphilis ailleurs que dans le fait de boire, à l'école, sans intermédiaire (bol) et *directement au robinet*, là ou un syphilitique, enfant ou adulte, avait dû boire avant lui. De là la nécessité, d'après nous, de faire usage, dans les écoles et à ce point de vue, d'une *timbale en argent*, fixée à la fontaine à l'aide d'une chaînette et que l'eau, par sa propre chute, lave avant que l'on s'en serve, tandis que la surface externe du robinet n'est nullement lavée et qu'un virus, déposé sur cette face par des lèvres syphilitiques, ne peut qu'être recueilli, dans toute son intégrité et avec toute sa virulence, par des lèvres vierges qui viennent ensuite s'y accoler, sans lavage préalable.

Ce qu'il y a de certain, c'est que la mère de cet enfant, le nourrisson qu'elle allaitait et dont nous venons de parler plus haut, enfin une sœur de 18 ans (4 personnes sur 8 dont se composait la famille), contractèrent la maladie. Notre énergique intervention nous permit de borner là l'extension, déjà trop considérable, du mal.

Diagnostic. — Toutes les formes que nous avons signalées sont, avec un peu d'habitude, faciles à reconnaître. Il est un point toutefois sur lequel nous devons insister. C'est qu'*un simple soupçon ne suffit pas, en pédiâtrie, pour permettre le*

diagnostic de syphilis héréditaire ou acquise. C'est ainsi que, sur des enfants de filles-mères, nous avons vu souvent porter ce diagnostic, sur la simple existence (chez le nouveau-né surtout) d'un banal érythème interfessier, s'étendant aux deux membres inférieurs, résultant de la macération urinaire ou fécale (principalement dans la diarrhée verte) et occupant, pour ce seul motif, le siège de prédilection des manifestations propres à la syphilis héréditaire, dont nous avons parlé plus haut.

Dans le cas de simple érythème, celui-ci envahit d'abord les parties saillantes de la peau. Les parties situées dans les plis plus ou moins profonds qu'elle forme sont indemnes pendant un certain temps. Ces espaces fussent-ils envahis, on ne confondra jamais une rougeur uniforme et plus ou moins généralisée de la région sus-indiquée avec une éruption spécifique, discontinue, portant le cachet indélébile et comme la signature propre de la syphilis.

Pronostic. — Le pronostic est toujours grave en matière de syphilis, à plus forte raison quand il s'agit de syphilis infantile.

Les formes les plus précoces (pemphigus, maladie de Parrot) sont cependant les plus redoutables. La première surtout est généralement mortelle.

Si la maladie guérit actuellement, il ne faut pas moins compter avec la possibilité de ses conséquences graves et plus ou moins lointaines.

Traitement. — Le traitement ne diffère que par les doses de ce qu'il est chez l'adulte. L'onguent napolitain en frictions quotidiennes, le mercure à l'intérieur principalement sous forme de liqueur de Van Swieten (20 gouttes la première année, 40 la seconde, etc.) ou de sirop de Boutigny (dose, suivant l'âge, d'une à plusieurs cuillerées à café dans les 24 heures), enfin l'iodure de potassium (de 10 ou 15 centigrammes à 1 gramme et plus), dans le lait ou en solution avant les têtées, sont les moyens habituellement dirigés contre la syphilis infantile.

Pour rendre le maniement de la liqueur de Van Swieten plus facile, nous prescrivons la solution suivante :

Liqueur de Van Swieten. . .	10 grammes.
Eau	90 »

que l'on donne, à raison d'une demi-cuillère à café dans du lait ou seule immédiatement avant la tétée chez le nourrisson, quatre fois par jour et toutes les 6 heures.

Chaque demi-cuillère à café correspond à 5 gouttes de liqueur.

DEUXIÈME PARTIE

MALADIES LOCALES

1re SECTION. — MALADIES DE LA PEAU

I. — Formes érythémateuses

Définition. — On désigne, en dermatologie, sous le nom d'érythèmes, toute une classe de maladies se manifestant par des rougeurs cutanées, non saillantes, plus ou moins circonscrites (macules) ou étendues (*plaques* érythémateuses). Chez l'enfant, trois surtout sont à étudier : 1° la dermatite exfoliatrice du nouveau-né ; 2° l'érythème interfessier ; 3° les divers érythèmes médicamenteux.

1° Dermatite exfoliatrice

Définition. — Cette maladie est caractérisée par une rougeur s'étendant à toute la surface du corps et bientôt suivie d une desquamation plus ou moins intense et généralisée.

Etiologie. — La dermatite exfoliatrice du nouveau-né semble être le résultat d'une infection locale se généralisant

bientôt à toute la surface cutanée. L'ombilic, à l'âge ou cette dermatose est plus particulièrement observée, paraît en être la porte d'entrée la plus habituelle.

D'après MM. d'Espine et Picot, cette maladie serait assez rare en France (1). *Ils déclarent ne jamais l'avoir observée personnellement.*

Quant à nous, il nous a été donné de l'observer, très nettement, une fois (2).

On peut même se demander, dans ce cas, si l'eau, le sirop de chicorée et celui d'ipécacuanha, qui furent administrés *dès la naissance*, ne contribuèrent pas à donner le muguet, qui fut constaté le 3e jour de la vie, et à provoquer, par troubles digestifs, la *dermatite* elle-même, qui aurait débuté vers le 6e jour. Le 20 mai l'enfant, née le 1er avril et entrée au service le 4 mai, avait encore du muguet et de la diarrhée verte, elle vomit même. Tout cela en raison de ses têtées irrégulières (chaque heure et demie). Le seul traitement du muguet et la régularisation des têtées suffirent. L'enfant sortait le 30 mai entièrement guérie.

Une quadruple question se pose ici, au point de vue étiologique :

1° Doit-on voir dans la dermatite exfoliatrice une exagération de la desquamation physiologique cutanée, qui se produit quelques jours après la naissance ?

2° Peut-on rapprocher cette maladie de l'érysipèle ?

3° Ne s'agirait-il point là d'une sorte de scarlatine ?

4° La dermatite exfoliatrice est-elle une maladie infectieuse spécifique ?

Personnellement, nous ne serions pas éloigné de penser que c'est une *exagération de la desquamation physiologique provoquée par une infection spéciale.*

Nous ne croyons pas qu'il y ait une analogie quelconque

(1) D'Espine et Picot. Traité pratique des maladies de l'enfance, Paris, Baillière, 2e partie, 1900, chap. Dermatite exfoliatrice, p. 198.

(2) L. Baumel. De la dermatite exfoliatrice des nouveau-nés. Sem. médicale, 1896, page 201.

à établir entre l'érysipèle, la scarlatine, et la dermatite exfoliatrice, dont l'éruption est sans contredit scarlatiniforme, rappelant d'ailleurs, de loin, la dermatite exfoliatrice de l'adulte, maladie à récidives et souvent prise à tort pour la scarlatine, au moins dans sa première atteinte. Elle alterne souvent, alors, avec des phénomènes gastriques fort intenses.

Notre cas semble montrer, une fois de plus, cette connexion qui existe entre les troubles gastro-intestinaux, d'une part, et cette manifestation pathologique cutanée, d'autre part, au moment où se produit une desquamation toute physiologique.

Symptomatologie. — Une rougeur plus ou moins intense, généralement d'un *rouge sombre* ou *même vineux prononcé,* existe sur la presque totalité du tégument, sans fièvre d'ordinaire. Peu à peu cette rougeur pâlit et disparaît, faisant place à une desquamation, parfois très marquée, mais variable suivant les différents points du corps que l'on considère au même moment.

Elle était surtout appréciable, dans notre cas, aux membres inférieurs et au cou, au menton, etc.

Ce qu'il y a d'intéressant, dans cette observation, c'est le début, aux jambes et ailleurs, par des *papules* d'abord discrètes, puis confluentes et disparaissant par la pression.

L'état pathologique se borne généralement à cette manifestation cutanée, intense et étendue, mais habituellement inoffensive, pensons-nous, comme elle le fut d'ailleurs dans le cas qui nous est personnel.

Les auteurs parlent d'une mortalité assez grande, dans la dermatite exfoliatrice. S'il en était réellement ainsi, nous nous demanderions si cette maladie du nouveau-né ne serait pas, dans ces cas, une scarlatine à complication rénale avec albuminurie.

C'est à l'avenir de nous révéler la véritable nature de la dermatite exfoliatrice, que nous ne connaissons pas encore à l'heure actuelle. Cette maladie pourrait bien englober un groupe d'états pathologiques différents, dont le diagnostic différentiel sera un jour possible, croyons-nous.

La dermatite exfoliatrice survient rarement la première semaine de la vie, comme dans notre cas. Elle se montre plus tard, d'ordinaire, et généralement de la deuxième à la sixième. Notre petite malade avait un mois, quand elle est venue au service.

Diagnostic. — Seule, nous l'avons dit, la scarlatine, par son éruption, présente une certaine analogie avec la dermatite exfoliatrice. Il est évident que cette fièvre éruptive ou même la desquamation physiologique de l'épiderme, qui se produit normalement chez le nouveau-né, peuvent, à un moment donné, induire en erreur le pédiâtre et faire croire à l'existence de cet état pathologique, et inversement.

Si nous en jugeons par l'impression que nous a laissée et par les caractères spéciaux qu'a présentés l'unique cas que nous avons observé jusqu'à présent, nous admettrions volontiers, ainsi que nous le déclarions plus haut, une infection, spéciale ou commune, et d'origine ombilicale ou gastro-intestinale.

La chose est d'autant plus admissible, dans le fait qui nous est personnel, que des frictions, à l'*huile battue avec de l'eau*, avaient été pratiquées sur les jambes presqu'aussitôt après la naissance et qu'il existait, en outre, des troubles gastro-intestinaux, liés à l'alimentation irrégulière et au traitement institué.

On pourrait encore confondre la dermatite exfoliatrice du nouveau-né avec l'érythème scarlatiniforme. Or, celui-ci s'en distingue par l'absence de toute éruption papuleuse à son début.

Restent enfin les érythèmes thérapeutiques ou médicamenteux auxquels il faut songer encore, dans ces cas.

Pronostic. — Le pronostic ne nous paraît pas aussi grave que l'indiquent les auteurs (50 p. °/₀ de mortalité, Ritter). Il nous semble, au contraire, relativement bénin.

Traitement. — Les pommades et les fomentations nous paraissent, en l'espèce, devoir être plus nuisibles qu'utiles.

Nous attachons beaucoup d'importance, dans ces cas, à l'antisepsie ou du moins à l'asepsie cutanée.

Les lavages à l'eau boriquée, aussitôt séchés, et l'application de talc stérilisé ou de toute autre poudre absorbante (bismuth), etc. ; enfin, l'usage du coton hydrophile, en hiver surtout, pour éviter tout refroidissement cutané, nous paraissent devoir suffire en général.

Il va sans dire que les tétées devront être aussi régulières que possible (toutes les deux heures à cet âge) et que l'enfant ne devra pas ingérer autre chose que le lait de sa mère ou de sa nourrice. Il faut faire, dans les premières semaines de la vie, un usage modéré des médicaments, des vomitifs surtout, et traiter le muguet, aussitôt qu'il existe.

2° Érythème interfessier

Définition. — L'érythème interfessier est une manifestation pathologique très communément observée dans l'enfance, en particulier chez le nourrisson, et principalement chez le nouveau-né.

Étiologie. — Ce qui le détermine le plus souvent ce sont : 1° la malpropreté; 2° la chaleur; 3° la gastro-entérite (muguet, diarrhée verte) ; 4° les maladies fébriles.

La simple macération *prolongée* de la peau, au contact des urines et des matières fécales *normales*, suffit pour produire l'érythème interfessier, qui a pour siège habituel, les fesses, les organes génitaux et les jambes, ou, pour mieux dire, la partie postéro-interne des membres inférieurs.

C'est surtout l'été, pendant la saison chaude, que s'observe de préférence l'érythème interfessier. Toutefois le séjour prolongé au lit, les langes employés trop chauds ou restés trop longtemps mouillés peuvent le produire, même l'hiver. Mais ce sont surtout les altérations pathologiques, survenues du côté des matières fécales et des urines, qui ont sur sa production la plus grande efficacité. Parmi les causes provocatrices des unes, la gastro-entérite, le muguet, donnant lieu à la diarrhée verte ou acide, sont placés au premier rang; parmi celles qui donnent naissance aux autres, figurent la plupart des maladies fébriles (broncho-pneumonie, fièvres de toute nature

et en particulier celles qui altèrent la peau, comme la scarlatine ou la rougeole, etc.), dans lesquelles l'acidité des urines est beaucoup plus grande qu'à l'état normal.

Certaines évacuations alvines, jaunes au moment de leur émission, *verdissent ultérieurement* au contact des urines acides.

Cette modification toujours plus ou moins tardive, que l'on peut éviter jusqu'à un certain point en langeant les enfants aussi souvent qu'il est nécessaire, n'a pas, on le conçoit sans peine, l'importance des *matières rendues vertes* et dont l'action nocive, beaucoup plus intense au point de vue que nous étudions, commence immédiatement après leur évacuation, d'où la nécessité de changer les langes plus souvent encore si c'est possible.

Symptomatologie. — Une rougeur plus ou moins vive, commençant au pourtour de l'anus et aux organes génitaux, ne tarde pas à s'étendre sur les parties voisines pour gagner ensuite, de proche en proche, jusqu'à l'extrémité du membre inférieur, en prédominant toutefois aux faces interne et postérieure de celui-ci. Superficielle d'abord, cette rougeur ne pénètre pas, au début, dans les plis cutanés de la fesse ou de la cuisse. Le diagnostic de nature en est, ainsi, rendu plus facile.

Mais plus tard l'érythème, plus ou moins intense, sec ou humide, luisant parfois et comme vernissé, envahit, non seulement toute la longueur du membre, mais encore les replis cutanés eux-mêmes, restés indemnes jusque-là.

Il n'est pas rare de voir survenir rapidement des exulcérations de la peau, superficielles d'ordinaire, douloureuses le plus souvent, d'étendue variable suivant les cas.

Diagnostic. — C'est alors qu'un œil peu expérimenté peut songer à bien des états pathologiques et à la syphilis héréditaire, en particulier, qui peut bien se compliquer d'érythème interfessier, mais qui *ne se présente jamais primitivement et isolément sous cette forme.* Le traitement d'ailleurs, nous le verrons plus loin, en est tout différent.

Pronostic.— Le pronostic est grave en ce sens que le moindre

contact des urines ou des matières fécales provoque des douleurs et des cris faciles à comprendre, de l'insomnie enfin, favorisant le *nervosisme et les convulsions* pour peu que l'enfant y soit prédisposé, surtout si la mère ou la nourrice, pour le calmer comme elles le font d'ordinaire, le mettent au *sein à tout moment*, ce qui aggrave à la fois la maladie gastro-intestinale, le muguet, la diarrhée verte, l'érythème enfin et l'insomnie, mais aussi la prédisposition aux convulsions.

Traitement.— Il consiste : 1° à régulariser les tétées (toutes les 2 heures et demie et mieux toutes les 3 heures) ; 2° à maintenir la propreté la plus rigoureuse dans la région interfessière, en langeant l'enfant aussi souvent que c'est nécessaire, en le lavant à l'eau bouillie et froide sinon même à l'eau boriquée, en saupoudrant les surfaces érythémateuses à l'aide d'une poudre absorbante et aseptique (talc stérilisé) ; 3° enfin, à traiter les maladies primitives (gastro-entérite, muguet, broncho-pneumonie, fièvres éruptives ou autres). Dans la diarrhée verte, quelle qu'en soit la cause, l'emploi des alcalins, de l'eau seconde de chaux en particulier dans le lait ou en potion (voir le traitement du muguet), sera très utile.

3° Érythème thérapeutique

Nous ne passerons point ici en revue tous les moyens thérapeutiques susceptibles de provoquer de l'érythème cutané. Il sera bon toutefois, en présence d'une manifestation de cet ordre, de songer à la possibilité de pareille influence. Les préparations belladonées, les injections de sérum antidiphtérique, sont de ce nombre. Nous pourrions y en ajouter bien d'autres (térébenthine, etc.)

II. — Formes papuleuses

L'enfant présente à étudier, d'après les auteurs, des maladies cutanées à *papules petites*. Tels sont : le *prurigo simplex*, généralement bénin, et *celui de Hébra*, essentiellement chronique et incurable, identiques à ceux de l'adulte.

Toutes les fois qu'un diagnostic semblable a été porté devant nous, nous avons reconnu avoir affaire à une maladie parasitaire, la gale le plus souvent, aiguë ou chronique, c'est-à-dire récente ou ancienne, donnant lieu à ces manifestations secondaires, guéries aussi rapidement qu'elle d'ordinaire.

On observe aussi, chez l'enfant, des dermatoses à *papules grosses* ; de ce nombre sont le *strophulus* et surtout l'*urticaire,* dont il est bien difficile, à notre avis, de le séparer.

1° Urticaire

Définition. — L'urticaire est une maladie cutanée, essentiellement caractérisée par des papules larges, au niveau desquelles se produisent, par moments, des démangeaisons insupportables, qui déterminent, de la part du petit patient, un grattage souvent fort intense.

Etiologie. — Sans que nous sachions au juste quel est l'élément spécifique (microbien, toxinique ou autre) capable de produire l'urticaire, nous savons toutefois que cette maladie cutanée est le plus souvent, sinon toujours, la conséquence de troubles digestifs particuliers.

Nous l'avons vue survenir, tantôt à la suite d'une alimentation vicieuse (repas irréguliers comme heure ou comme quantité), tantôt à la suite de l'ingestion, accidentelle ou habituelle, de certains aliments indigestes (raisin, fruits incomplètements mûrs) ou spéciaux (poisson, moules, huîtres, fraises, etc., etc).

Symptomatologie. — Sur divers points du corps apparaissent, tout d'abord, des papules un peu grosses et du volume d'un grain de maïs. Ces papules, à l'état de repos, n'ont rien de caractéristique; mais, aussitôt qu'elles sont le siège de démangeaisons, ce qui arrive par *poussées* au cours de la journée ou de la nuit (démangeaisons que provoquent ou augmentent la chaleur, le simple frottement, toute friction légère à leur surface), on voit ces papules devenir turgescentes et prendre un caractère pathognomonique. Elles s'étalent, s'élargissent, font saillie davantage, sont pâles

d'abord, rouges ensuite, et ressemblent, à s'y méprendre, à la piqûre d'une ortie (urtica urens).

Cette maladie est connue vulgairement sous le nom de *porcelaine*. L'urticaire fébrile est, parfois aussi, appelée *fièvre ortiée*.

Dans certains cas en effet, chez l'enfant en particulier, l'éruption plus ou moins confluente s'accompagne, au moins par moments, d'une fièvre assez intense. De là le nom de fièvre ortiée.

Les urines sont souvent chargées en urates ou en acide urique, surtout dans le cas où il y a fièvre ; mais, le plus souvent aussi, même dans ceux qui n'en présentent point.

Marche, Durée, Terminaison. — En général, après quelques jours ou quelques semaines de durée, l'urticaire s'atténue d'abord, puis finit par disparaître, surtout si un traitement actif et approprié est aussitôt institué. L'éruption commence par devenir moins confluente, les papules perdent de leur étendue, les démangeaisons diminuent et cessent, enfin les rougeurs ou macules, derniers vestiges des papules, s'effacent complètement.

Les voies digestives (du côté desquelles on observe, suivant les cas, des vomissements, de la constipation ou de la diarrhée, des coliques, de la gastralgie, le plus souvent de l'anorexie, de l'embarras gastrique et un état saburral assez marqué de la langue) reprennent aussi leurs fonctions normales.

Les urines, un instant chargées en dépôts d'acide urique ou d'urates, redeviennent limpides et claires comme de coutume.

L'albuminurie y est assez rare et peu prononcée, d'ailleurs, quand on l'y rencontre. Nous avons vu assez souvent la fièvre, les démangeaisons, les coliques, revêtir un caractère intermittent et s'accuser principalement la nuit. Mais nous n'avons jamais observé l'urticaire nettement intermittente, décrite par le Professeur Golfin et nécessitant l'emploi du sulfate de quinine.

Pronostic. — L'urticaire est une maladie peu grave par

elle-même. Elle est surtout incommode et pénible, par les démangeaisons qu'elle provoque, par l'insomnie qu'elle détermine, par l'état nerveux particulier qu'elle produit.

Traitement. — Son traitement est fort simple. Il consiste : 1° à *écarter* d'abord la cause qui lui a donné naissance (aliment spécial, fruits, poisson, ou alimentation vicieuse); 2° à prescrire une nourriture légère, presqu'exclusivement composée de lait et d'œufs, à la rigueur de viandes blanches ; 3° à n'autoriser, si la fièvre existe, que le lait seul, toutes les trois heures ; 4° à ordonner, suivant les cas, un vomitif, un purgatif ou même un éméto-cathartique ; 5° à faire prendre au malade (que l'on ait ou non recours au moyen précédent) du bicarbonate de soude, de 1 à 3 grammes par jour suivant l'âge, soit en potion, soit dans de la tisane diurétique (chiendent), soit même dans de l'eau prise avec le vin au repas, en ayant bien soin toutefois d'en fixer la quantité pour les 24 heures.

2° Strophulus

Définition. — On désigne sous le nom de strophulus, une maladie de la peau observée seulement pendant les deux premières années de la vie et qui, comme l'urticaire, est caractérisée par de grosses papules et des démangeaisons.

Etiologie. — Le strophulus fait partie de ce groupe de manifestations cutanées, auxquelles on a donné le nom générique et vulgaire de *feux de dents.* Dans ce groupe, il est bien difficile de faire la part exacte qui revient à l'évolution dentaire d'un côté, aux accidents gastro-intestinaux de l'autre, ou, en d'autres termes, aux réflexes cutanés et aux auto-infections ou aux auto-intoxications gastro-intestinales.

Symptomatologie. — Le strophulus, par ses papules et ses démangeaisons, se rapproche tellement de l'urticaire que certains auteurs vont jusqu'à le confondre avec la forme aiguë de celle-ci, de même que le prurigo de Hébra est souvent pris pour la forme chronique de l'urticaire, et inversement.

Diagnostic. — L'âge des sujets sera un élément précieux de diagnostic différentiel, jusqu'au jour où il sera démontré que

le strophulus n'est pas autre chose que l'urticaire de la première enfance.

Nous ne serions point surpris que l'on découvrît ultérieurement le principe, microbien ou chimique, normal ou anormal, dont l'élimination à la peau détermine soit l'urticaire, soit le strophulus.

Pronostic. — Le pronostic de ce dernier est encore plus bénin, si c'est possible, que celui de l'urticaire.

Traitement. — Le traitement est exactement le même, tout au plus l'évolution dentaire peut-elle y ajouter une indication nouvelle : l'utilité de recourir au glycérophosphate de chaux, que l'on administre à la dose de 1 à 3 centigrammes par jour et en plusieurs fois, dans le lait, chez des enfants aussi jeunes.

III. — Formes vésiculeuses

Les dermatoses à vésicules, que l'on rencontre le plus communément chez l'enfant, sont au nombre de trois : 1° les sudamin 2° l'herpès ; 3° l'eczéma.

1° Sudamina

Définition. — Les sudamina sont ou rouges ou blancs. Ce sont de très petites vésicules, extrêmement nombreuses, à peine visibles à l'œil nu, que l'on observe surtout dans les cas de *sueurs profuses*, quelle que soit la cause de celles-ci. Cette éruption porte aussi le nom de *miliaire*.

Etiologie. — Les circonstances dans lesquelles on observe surtout la miliaire, rouge ou blanche, sont : les *sueurs profuses* que nous avons, le premier, signalées comme *symptomatiques de l'évolution dentaire ; le rhumatisme articulaire aigu*, qui s'accompagne assez souvent d'hyperhydrose ; toute sueur critique et abondante, de pneumonie, de fièvre typhoïde (d'où sans doute la desquamation, notée dans certains cas de cette dernière maladie par Weill) ; enfin, la suette miliaire, maladie dont l'enfant peut être atteint, ainsi que l'adulte, en temps d'épidémie.

Comme son nom l'indique, la suette miliaire est surtout caractérisée par des sueurs excessives, non critiques, et une éruption miliaire auxquelles s'ajoutent : de la fièvre, des lipothymies et des syncopes. Nous n'avons rien à en dire de spécial à l'enfant. Nous renvoyons, pour sa description, aux traités généraux de médecine.

Symptomatologie. — Les sudamina (miliaire) sont de très petites vésicules répandues en très grand nombre sur toute la surface du corps, principalement sur les parties où les sueurs ont été le plus abondantes.

Ces vésicules reposent chacune sur une petite surface rouge et avivée (miliaire rouge) ou sont, au contraire, dépourvues, à leur base, de cette rougeur cutanée (miliaire blanche). Une desquamation furfuracée accompagne assez souvent les sudamina ou, pour mieux dire, toute éruption miliaire.

Diagnostic. — Plus visibles dans le premier cas que dans le second, elles sont, même dans ce dernier, relativement faciles à diagnostiquer. On ne peut pas les confondre avec une autre éruption.

Pronostic. — Le pronostic est extrêmement bénin, sauf le cas de suette miliaire où l'éruption, peu grave par elle-même, ne revêt un certain degré de gravité que par la nature du mal qu'elle indique.

Traitement. — Le traitement est extrêmement simple. Il consiste : 1° à ne pas provoquer inutilement les sueurs, tout en les respectant dans l'immense majorité des cas où elles se produisent; 2° à répandre une poudre inerte et aseptique (talc stérilisé, par exemple) sur les surfaces qui sont le siège de l'éruption cutanée.

2° Herpès

Définition. — L'herpès est une maladie cutanée, caractérisée par un *fond rouge*, véritable plaque de cutite, au-dessus duquel se développent un *nombre plus ou moins considérable de vésicules*, plus volumineuses que les précédentes, *au contact les unes des autres* et se fusionnant parfois pour cons-

tituer une bulle ou vésicule conique de dimension beaucoup plus grande.

Etiologie. — Le froid et la névrite sont souvent incriminés comme cause d'herpès.

Symptomatologie.— Nous en décrirons seulement deux formes ; 1° l'*herpès labialis*, extrêmement fréquent chez l'enfant ; 2° l'*herpès zona* ou *zoster*, infiniment plus rare.

L'herpès labialis s'observe très fréquemment à la suite du coryza *à frigore*. Si l'on peut, ici, incriminer l'action directe du froid sur les nerfs de la face, on n'en est pas moins obligé de reconnaître que, souvent, à cette première cause, capable a priori de produire et le coryza et l'herpès labialis, vient s'en ajouter une autre.

Nous voulons parler de l'action irritante du mucus nasal, plus abondant et pathologique, sur le tégument labial, action plus marquée à la lèvre supérieure où siège de préférence l'herpès de ce nom. On l'observe aussi, presque aussi fréquemment, sur le bord libre de la lèvre inférieure.

L'herpès zona, lui, siège *en ceinture* sur un seul côté du corps (face, cou, tronc ou membres), comme chez l'adulte. Il suit un trajet nerveux parfaitement déterminé. Le plus commun est sans contredit le *zona intercostal*, qui suit la distribution des nerfs de même nom.

Limité, en avant et en arrière, à la ligne médiane du corps, il présente, dans l'intervalle et *sur un seul côté*, un nombre plus ou moins considérable de *plaques de dimensions variables* (2, 3, 4 ou 5 centimètres de diamètre), sur le *fond rouge* desquelles reposent une *infinité de vésicules* se touchant les unes les autres et susceptibles de fusionner entre elles, sinon toutes, du moins les plus voisines.

Ici, comme dans l'herpès labialis, les vésicules, fusionnées ou non, finissent par se rompre et laissent quelquefois, après elles, une ulcération plus ou moins étendue et libre. D'autres fois et le plus souvent, ces ulcérations sont recouvertes par des croûtes plus ou moins sèches, plus ou moins épaisses et de couleur gris jaunâtre ou noirâtre, suivant qu'il n'y a pas ou qu'il y a au contraire du sang, résultant des hémorrhagies

que le grattage, le simple frottement des vêtements ou des pièces de pansement, peuvent produire, soit au moment où les vésicules existent encore, soit lorsqu'elles ont été remplacées par des croûtes plus ou moins faciles à détacher.

Les *douleurs* que provoquent les plaques d'herpès sont, jusqu'à un certain point, comparables à de la *cuisson* ou de la *brûlure*. De là, le nom de *feu de St-Antoine* donné vulgairement à l'herpès zona. Ces douleurs, qu'explique mieux encore la *névrite originelle*, sont parfois *très intenses chez l'adulte et surtout chez le vieillard*. Ce qui nous a frappé, *chez l'enfant* (du moins dans les cas qu'il nous a été donné d'observer), c'est que, contrairement à ce que nous aurions supposé a priori, *ces douleurs y sont beaucoup moins vives*, beaucoup mieux supportées et *presque nulles*, comparées à l'intensité et à la durée qu'elles revêtent aux autres âges, où nous les avons vues aussi violentes avant, que pendant et après l'éruption.

Dans un cas, il est vrai, nous les observions chez un vieillard de 76 ans, artério-scléreux, atteint de ramollissement cérébral et peut-être médullaire. De là, sans doute, les raisons de cette différence. Chez l'enfant, en effet, le système nerveux est vierge de toute adultération de ce genre et la névrite paraît à la fois et moins intense et plus éphémère.

Diagnostic. — Le diagnostic sera toujours facile, qu'il s'agisse d'un herpès labialis ou surtout d'un herpès zona. Dans le second cas, la dermatose herpétique ne peut être confondue avec aucune autre.

Dans le premier, l'existence depuis quelques jours d'un coryza mettra rapidement sur la voie. Le coryza syphilitique et les manifestations cutanées de même nature, que l'on observe chez l'enfant, sont, en général, beaucoup plus précoces que l'herpès labialis. C'est d'ordinaire chez le nouveau-né qu'on les rencontre et, d'emblée, le coryza revêt non seulement une intensité grande, mais encore une forme chronique, ce qui aide puissamment au diagnostic de nature.

Pronostic. — Le pronostic de l'herpès labialis, comme de l'herpès zona, est extrêmement bénin.

Traitement. — Il consiste : 1° à protéger les vésicules d'herpès, dont il faut autant que possible éviter la rupture, pour épargner au malade les douleurs qui résultent d'une ulcération, ainsi mise au contact de l'air et de substances irritantes de toute nature, parfois même contagieuses. On peut atteindre ce résultat par de simples badigeonnages au collodion, riciné ou non; 2° si des ulcérations se produisent, à les panser aseptiquement et antiseptiquement (vaseline boriquée, lavages boriqués, salol en poudre); 3° à calmer les douleurs, avec le liniment de Bengué, par exemple.

3e Eczéma

Définition. — L'eczéma est aussi une dermatose à *forme vésiculeuse fine,* reposant sur un *fond plus ou moins rouge.*

Symptomatologie. — Sur une surface rouge-intense, plus ou moins étendue, se forment des vésicules petites et plus ou moins nombreuses.

La forme la plus commune de l'eczéma, observée chez l'enfant, est l'eczéma impétigineux de la face et du cuir chevelu (nous l'avons décrit plus loin). On le voit en outre à la nuque, aux jambes et, d'ailleurs, sur les diverses parties du corps (tronc et, même, membres supérieurs).

L'eczéma est une simple rougeur, plus ou moins vive et étendue, sur laquelle surviennent à un moment donné des vésicules, en plus ou moins grand nombre et de dimension généralement petite, qui ne passent point à la pustulation. Elles se dessèchent ou s'ouvrent, versant leur contenu à la surface de la peau et y formant des croûtes habituellement minces. Le tout est suivi d'une desquamation le plus souvent furfuracée.

Etiologie. — L'arthritisme est la cause la plus habituelle de l'eczéma. Nous y ajoutons : la pléthore séreuse et l'évolution dentaire, par action réflexe plus ou moins durable et à exacerbations momentanées.

Complications. — Les complications les plus fréquentes de l'eczéma, sont l'impétigo, qui l'accompagne souvent,

et les adénites de voisinage. L'eczéma est une porte ouverte à toutes les infections microbiennes, même tuberculeuse.

Diagnostic. — L'eczéma ne pourrait être confondu qu'avec l'érysipèle, qui s'en distingue, chez l'enfant, par la fièvre, le bourrelet d'envahissement, la tendance à gagner de proche en proche, la migration en un mot.

Pronostic. — Le pronostic de l'eczéma n'est pas grave. Il implique toutefois l'idée d'un terrain spécial, arthritique, qui devient l'objet d'indications particulières et qui nécessite, de bonne heure, l'application d'une hygiène sévère, principalement alimentaire.

Par elle, on peut débarrasser l'économie, non seulement des affections eczémateuses actuelles, mais encore du vice arthritique, acquis ou héréditaire, qu'elles dénotent et qui annonce, au seuil de la vie pour ainsi dire, la goutte et toutes ses conséquences (coliques néphrétiques, hépatiques, etc.). Celles-ci se montreront plus ou moins tôt, chez le sujet observé, si le mal est abandonné à lui-même, si le vice diathésique n'est pas soigneusement et énergiquement combattu.

Traitement. — Déterger les surfaces eczémateuses, que l'on panse aseptiquement et antiseptiquement (pansement humide, compresses boriquées tièdes), dans les formes sèches ; talc stérilisé, salol pulvérisé, contre les formes humides : tels sont les moyens à employer, d'ordinaire, localement.

Contre l'état général : régime lacté exclusif et réglé, si l'enfant est tout jeune. Dans le cas contraire, alimentation douce et régulière : lait, potages, purées, viandes blanches. Proscrire : les viandes rouges ou noires, le poisson, les salaisons, les crudités. Il en sera de même de l'alcool sous toutes ses formes, y compris le vin pur. L'usage des alcalins (eau de Vichy, eau de Vittel surtout) sera souvent très utile.

IV. — Forme bulleuse

Pemphigus aigu

Comme forme bulleuse, nous citerons seulement le *pemphigus.*

Le *pemphigus aigu*, que nous n'avons jamais observé, se distingue du pemphigus syphilitique en ce qu'il *n'existe jamais à la plante des pieds ou à la paume des mains*, siège exclusif, *au contraire*, de cette forme de la syphilis héréditaire précoce, que l'on observe dès les premiers jours de la vie (voir plus haut le chapitre Syphilis).

V. — Formes pustuleuses

Parmi les dermatoses à forme pustuleuse, que l'on observe chez l'enfant, se trouvent : 1° l'acné ; 2° l'impétigo ; 3° l'ecthyma.

1° Acné

Définition. — L'*acné* est caractérisée par de *toutes petites pustules*, reposant sur une *base indurée* et habituellement rouge. On dirait une *papule* dont le *sommet seul suppure*.

Etiologie. — La scrofule, sinon la tuberculose, et le vice herpétique, pour les états chroniques ; certains médicaments, comme les bromures, les iodures, pour les états aigus ; enfin, l'ingestion de certaines substances condimentaires (poivre, vinaigre, etc.), en sont les causes les plus habituelles.

Symptomatologie. — Les petites pustules acnéiques, dont nous avons parlé tout à l'heure, se développent de préférence dans certaines régions spéciales du tégument, qui sont, par ordre de fréquence : la face, le nez, la partie postérieure du cou, les épaules, le dos, la partie supérieure des bras et du thorax (face antérieure). Une petite papule survient d'abord, qui ne tarde pas à devenir pustule à sa partie supérieure. Le contenu se vide à un moment donné, puis, l'induration persiste plus ou moins. Parfois la pustule fait place à une petite cicatrice déprimée. Rare dans la forme aiguë, celle-ci s'observe plus facilement dans la forme chronique, où persistent surtout les indurations basales et saillantes des pustules d'acné. Ces indurations sont parfois si rouges que c'est là, souvent, ce qui attire tout d'abord l'attention de l'observateur. Cette forme a été désignée sous le nom d'*acnea rosacea*.

Chez beaucoup de jeunes filles, généralement, mais *non toujours*, issues de parents syphilitiques, on voit de l'acné du menton, des lèvres ou du cou, enfin de la partie antéro-supérieure du thorax, apparaître avant la première menstruation et subir une poussée aiguë à chaque période menstruelle suivante.

Diagnostic. — La description que nous avons faite de l'acné ne permettra pas de la confondre avec toute autre dermatose.

Pronostic. — Le pronostic, bénin dans les cas aigus, présente une certaine gravité dans les formes chroniques, en raison de l'état général qu'elle indique, chez le sujet qui en est porteur, plutôt que par elle-même.

Traitement. — Le traitement de l'acné est *local* ou *général*. Localement, nous nous sommes bien trouvé, d'ordinaire, des bains sulfureux, dans les formes torpides ; de la pommade au calomel (4 pour 30 de vaseline), dans tous les cas, aigus ou chroniques. Il faut beaucoup de persistance et une grande ténacité dans le traitement, étant donnée la chronicité habituelle du mal. L'hygiène alimentaire devra être sévère.

Dans les cas très anciens et entachés de scrofule, les eaux d'Uriage ont parfois rendu quelques services. Les iodiques, en général, peuvent être prescrits, mais avec une surveillance des plus attentives et une grande dextérité, à cause des éruptions thérapeutiques qu'ils déterminent parfois, principalement l'été.

2° Impétigo

Définition. — L'impétigo est une maladie cutanée, assez commune dans l'enfance, que caractérisent de bonne heure des *pustules*, de *dimension moyenne* (*tête de grosse épingle*), généralement *entourées d'une collerette plus ou moins rosée* ou qui se développent sur une surface rouge plus ou moins étendue et déjà eczémateuse.

Etiologie. — On y trouve communément un *streptocoque*. La maladie est généralement le résultat de l'action de ce

microorganisme sur un *terrain le plus souvent scrofuleux*. La *contagion* est la voie de propagation la plus ordinaire.

Symptomatologie. -- Sur une surface, primitivemeut eczémateuse ou non, se développent les pustules dont nous venons de parler, qui ne tardent pas à se rompre et (déversant leur contenu à la surface de la peau) à former des *croûtes jaunes, molles et mélicériques, à peu près caractéristiques.* Leur chute laisse une exulcération cutanée, dont la cicatrisation est longue à se faire. La cicatrice reste quelque temps rosée, puis devient blanchâtre.

L'impétigo siège le plus habituellement, comme l'eczéma, à la face ou au cuir chevelu. Les lèvres, les ailes ou la racine du nez, le lobule de l'oreille, la nuque, enfin le cuir chevelu et les diverses parties du tégument externe, peuvent en être simultanément ou isolément atteints. L'impétigo complique souvent l'eczéma (voir, plus loin, eczéma impétigineux). Dans le cas contraire, son éruption est généralement discrète et se caractérise par des pustules, des croûtes ou des ulcérations, assez petites et disséminées.

Complications. — Les ganglions lymphatiques du voisinage (cou, aisselle, aine) sont le siège d'adénites, aiguës ou chroniques, résultant de l'infection et se terminant parfois par la suppuration, surtout lorsque le traitement n'est ni hâtif, ni énergique.

Diagnostic. — L'ecthyma, que nous allons étudier tout-à-l'heure, ne sera pas confondu avec l'impétigo, dont les pustules sont beaucoup plus petites que les siennes propres.

Pronostic. — Le pronostic de l'impétigo (que l'on appelle aussi, vulgairement, gourme) est généralement bénin. Il n'emprunte un certain caractère de gravité qu'à la nature du terrain qu'il révèle d'ordinaire, surtout quand la maladie revêt une réelle intensité ou qu'elle affecte une longue durée.

Traitement.— Comme pour l'acné, le traitement doit être *local* et *général.* Localement la détersion, aseptique ou antiseptique, doit être faite (voir ce que nous disons plus loin du traitement de l'eczéma impétigineux, qui est entièrement applicable ici).

Au point de vue général, les toniques comme le quinquina (sirop), les dépuratifs (sirop de raifort, iodé ou non), enfin les iodiques et les bains de mer, sont parfaitement indiqués. Ces derniers le sont surtout, lorsqu'il existe de l'adénite chronique consécutive.

Quand l'impétigo survient au niveau du lobule de l'oreille et qu'il s'y forme des croûtes qui, analogues à celles du cuir chevelu (lesquelles englobent les cheveux superposés), enchâssent et immobilisent, chez la jeune fille, les boucles d'oreilles, on a conseillé de poser celles-ci. On le peut, mais nous ne le considérons jamais comme nécessaire, à une condition toutefois : il faut, tous les jours, faire tourner ou mobiliser les boucles d'oreille, les nettoyer soigneusement, après avoir ramené en-deçà ou au-delà du lobule le point souillé par le mal, et les remettre en place jusqu'au lendemain. On peut éviter ainsi de voir se fermer, par cicatrisation, le trou pratiqué dans le lobule et destiné à les recevoir.

3° Ecthyma

Définition. — L'ecthyma est une maladie cutanée, moins fréquente chez l'enfant que l'impétigo et qui se caractérise par des *pustules assez volumineuses, isolées les unes des autres le plus souvent.*

Suivant la période à laquelle on observe la maladie, on se trouve en présence : soit, de *pustules* plus ou moins considérables ; soit, *d'ulcérations arrondies et à fond rouge* plus ou moins avivé ; soit enfin, de *croûtes,* habituellement *sèches et noirâtres, de forme* généralement *circulaire.*

Etiologie. — La cause la plus fréquente de l'ecthyma est, comme pour l'impétigo, la *contagion* ; mais aussi assez souvent, sinon toujours, un certain *état général de cachexie,* tel qu'on l'observe à la suite ou au cours de certaines maladies longues, aiguës ou chroniques.

Symptomatologie.— A la face et aux mains, c'est-à-dire aux parties découvertes du corps (nous pourrions, chez l'enfant, y comprendre les membres inférieurs), apparaissent d'abord

les pustules d'ecthyma, que le grattage et l'auto-inoculation peuvent propager ensuite, comme pour l'impétigo, à une distance plus ou moins grande du point de départ et sur une étendue plus ou moins considérable de la surface cutanée.

Ces pustules, habituellement isolées et de grande dimension (1/2 centimètre au moins de diamètre), sont larges et étalées ; elles se déchirent bientôt spontanément (si le grattage ou le frottement d'une partie quelconque du vêtement ne lui sont déjà venus en aide à cet égard) et déversent alors, à la surface du tégument, leur contenu, qui ne tarde pas à se concréter, formant bientôt une croûte, généralement peu épaisse, légèrement indurée et de coloration brune due à la présence d'une certaine quantité de sang, provenant des bourgeons charnus sous-jacents.

Quand cette croûte tombe, soit spontanément, soit au contraire par le fait du grattage ou même d'un frottement quelconque, elle laisse à nu une plaie de forme circulaire, rouge et facilement saignante, qui ne tarde pas à se recouvrir d'une nouvelle croûte, habituellement moins épaisse, mais aussi brune que la précédente. A sa chute définitive, elle laisse une cicatrice, d'abord rosée, qui conserve longtemps cette coloration, puis devient d'un blanc nacré et rétractile. Elle est la trace indélébile du passage de l'ecthyma.

Diagnostic. — On ne confondra pas cette maladie cutanée avec l'impétigo, dont les pustules sont beaucoup plus petites. On ne la confondra pas non plus avec la varicelle, dont l'éruption se compose de vésicules plus nettement arrondies, qui, si elles passent à la suppuration, ne le font qu'exceptionnellement et tardivement.

L'erreur pourrait, à la rigueur, être possible après la formation ou la chute des croûtes. Les commémoratifs, la description de l'éruption primitive, l'existence d'une épidémie varicellique, mettront rapidement l'observateur sur la voie du véritable diagnostic.

Pronostic. — L'ecthyma est généralement bénin. Ce n'est qu'exceptionnellement et sur des terrains spéciaux qu'on le voit revêtir ce caractère de *malignité* particulière, qui se

révèle par la formation d'eschares, au niveau des pustules ou des ulcérations qu'elles déterminent.

Traitement. — C'est surtout un traitement local qui convient à l'ecthyma. Il consiste, une fois les pustules rompues, en un pansement détersif (eau boriquée) et antiseptique rigoureux (salol). Les toniques analeptiques et médicamenteux (quinquina) sont, toutefois, indiqués par l'état général du sujet.

VI. — Forme vésiculo-pustuleuse

Eczéma impétigineux

Définition. — L'eczéma impétigineux est une maladie de la peau, fréquente chez l'enfant ; elle siège surtout à la *face et au cuir chevelu.* Elle est caractérisée : ici, par des *plaques rouges*, variables d'intensité et d'étendue, *recouvertes ou non d'un épiderme plus ou moins sec* et épais ; là, par des surfaces d'un rouge vif, *humides* et *suintantes*, se recouvrant d'un liquide d'abord clair et ruisselant à la surface, puis jaunâtre et purulent, qui se concréte enfin et forme des croûtes plus ou moins molles, plus ou moins épaisses, au-dessous desquelles existe une surface rouge et avivée, parfois même exulcérée.

Etiologie. — Les causes de l'eczéma impétigineux sont différentes suivant les auteurs. Pour les uns, le *vice goutteux ou uricémique héréditaire ;* pour les autres, le *lymphatisme*, *la scrofule*, la *tuberculose même*, *l'infection enfin* (morocoque), sont, simultanément ou isolément, incriminés.

C'est à peine s'il est fait mention de l'*évolution dentaire.* Or, depuis longtemps nous avons démontré (1) que tout, dans cette maladie, (localisation, marche) indique l'évolution dentaire comme cause au moins déterminante. C'est en effet à la face (masque) et au cuir chevelu (calotte), c'est-à-

(1) L. Baumel. Histoire d'une première dentition. Eczéma impétigineux de la face et du cuir chevelu chez l'enfant. Montp. Méd., 1888.

dire principalement sur les divers points de distribution cutanée du trijumeau, que s'effectue la localisation ordinaire de l'eczéma impétigineux.

Le trijumeau, excité par l'évolution dentaire, sert de voie centripète. La voie centrifuge serait représentée par le sympathique, les vaso-dilatateurs, les nerfs sécréteurs cutanés, dont l'anatomie ne nous a pas encore bien fait connaître ni le trajet, ni la distribution terminale.

C'est de trois mois à deux ans et au-delà, c'est-à-dire au moment de la première dentition (20 dents de lait qui sortent de l'âge de 6 mois à 24) qu'on observe le plus communément l'eczéma de la face et du cuir chevelu.

Sans doute les causes irritatives extérieures (piqûres de moustiques par exemple, saleté, démangeaisons, grattage) peuvent bien provoquer son apparition. Mais les *alternatives de vasoconstriction et de vasodilatation*, que l'on observe au cours de l'évolution dentaire et qui se traduisent par une *pâleur* excessive de la face, bientôt suivie d'une *rougeur* plus ou moins intense et de durée variable, nous paraissent, avec la vascularisation plus grande, la circulation plus active et l'hypersécrétion cutanée qui en résulte, être ses causes principales et pathogéniques, auxquelles viennent s'ajouter, non seulement les causes mécaniques extérieures précitées, mais encore celles d'infection banale ou spécifique, auxquelles l'air sert habituellement de véhicule.

Symptomatologie. — Tout d'abord ce sont des rugosités ou inégalités de la peau, déterminées par un simple soulèvement épidermique et furfuracé sur certains points (pommettes, front, joues), faisant perdre au tégument son caractère lisse et poli habituel. Puis, ce sont des macules toutes petites, devenant bientôt papules également peu étendues. A leur extrémité ou sommet ne tarde pas à se développer une vésicule (eczéma), devenant rapidement pustule (impétigo). Celle-ci se crève bientôt et laisse suinter à la surface de la peau, déjà rougie par l'eczéma, son contenu, qui se prend en masse jaunâtre, d'abord molle, mélicérique, puis de plus en plus concrète, jaune, grise ou noire (croûtes). Le

tout donne lieu à des *démangeaisons* ou cuissons qui déterminent du *grattage*. Le petit malade doit avoir les bras attachés, sinon, avec ses ongles, il laboure à tout instant ces surfaces eczémateuses, qu'il fait facilement saigner. De là, à un moment donné, la couleur noire des croûtes, qu'il déchire, étend et infecte de la sorte, ce qui rend la durée de la maladie beaucoup plus longue, les complications plus fréquentes ou plus intenses, la guérison plus difficile.

Une des *complications* les plus immédiates de l'eczéma est l'*adénite cervicale*, donnant lieu à la présence, autour du cou, en avant, latéralement ou en arrière, de ganglions plus ou moins nombreux, de volume variable, dont la *douleur* est quelquefois vive et l'inflammation intense. Ils vont même parfois jusqu'à *suppurer*, et cela, d'autant plus facilement que les surfaces eczémateuses et croûteuses sont d'ordinaire moins détergées. D'où rétention de produits pathologiques et infectieux de tout ordre, que les lymphatiques apportent jusqu'aux ganglions correspondants, où ils trouvent une voie d'élimination, à condition que le ganglion suppure et que la peau s'ouvre au-dessus de lui.

Une chose curieuse, dans la marche de l'eczéma impétigineux de la face et du cuir chevelu chez l'enfant, ce sont les *alternatives de poussées et d'arrêts* qu'il présente ou, plutôt, ces états alternants d'acuité et de chronicité.

Les cliniciens de tous les temps, frappés de ce fait, ont essayé d'interpréter scientifiquement le phénomène, que les uns ont attribué à l'*influence lunaire*, d'autres à la *menstruation de la nourrice*, etc., etc.

Nous en trouvons l'explication toute naturelle dans les *poussées successives d'évolution dentaire*, séparées entr'elles par un véritable temps d'arrêt ou de repos. Nous en avons la preuve palpable dans le cas scrupuleusement étudié par nous et relatif à l'un de nos propres enfants, preuve corroborée par la disparition de l'eczéma, ainsi que nous l'avions prévu du reste dès la 17e dent, quand l'évolution dentaire (20 dents de lait) fut tout à fait terminée.

C'est cette maladie qu'on appelle *croûte de lait, teigne de lait, gourme*, etc.

Les *démangeaisons* symptomatiques y sont telles que, lorsque l'enfant ne peut pas librement se gratter, il appuie sa tête ou ses joues contre la literie, s'il est couché, ou contre les personnes qui le tiennent dans leurs bras et, par des mouvements alternatifs de va-et-vient, il arrive à ses fins, c'est-à dire à essayer de satisfaire, par le grattage, ces démangeaisons pénibles, produites par l'eczéma impétigineux.

Dans les *périodes aiguës* on voit parfois, sur la surface avivée et très rouge de l'eczéma, *suinter* et *perler*, ruisseler même, un *liquide, transparent* comme de l'eau de roche, qui indique bien la production, par moments, d'une véritable *hypersécrétion cutanée* et plus particulièrement sudorale, limitée toutefois à une région parfaitement déterminée et variable suivant les cas.

Sans doute nous n'admettons pas que l'évolution dentaire soit, à elle seule, capable de produire l'eczéma, du moins très intense et fort étendu. Nous reconnaissons, depuis longtemps (1), la nécessité d'une *prédisposition*, qui est une sorte de *pléthore lymphatique* ou *séreuse*, liée le plus souvent à une alimentation, même lactée, vicieuse (intervalles irréguliers) et surtout trop copieuse, qu'elle soit exclusivement fournie par le sein ou qu'on y ajoute au contraire une certaine quantité de lait animal.

On peut voir l'eczéma impétigineux siéger ailleurs qu'à la face et au cuir chevelu. Nous avons indiqué, sans pouvoir en donner l'explication anatomo-physiologique, la *nuque*, comme étant le siège de prédilection de l'eczéma impétigineux symptomatique de *l'évolution de la dent de 6-7 ans* (1re grosse molaire, définitive d'emblée). Dans un cas très intense de ce genre, nous avons vu l'eczéma guérir lorsque les parents de la petite malade, employés dans l'hôpital, cessèrent de lui *donner à manger* des gâteaux, dans l'inter-

(1) L. Baumel, Loco citato.

valle des repas, et de lui *saupoudrer* son eczéma avec du salol, ce qui favorisait la rétention des éléments infectieux et l'infection elle-même, laquelle se traduisait par une poly-macroadénite cervicale postérieure.

Nous avons aussi rencontré, une fois, l'eczéma impétigineux des membres inférieurs chez un garçon de 13-14 ans, au moment de l'évolution de la dent de cet âge (2me grosse molaire, définitive d'emblée). L'avenir nous apprendra peut-être ces relations nerveuses et réflexes, qui nous sont encore totalement inconnues.

Enfin l'eczéma, quel que soit son siège primitif, est susceptible de certaine *extension ou généralisation*. C'est ainsi que, dans quelques cas d'eczéma impétigineux de la face et du cuir chevelu, nous avons vu la maladie s'étendre jusqu'aux *bras* et même au *tronc*, principalement aux parties supérieures de celui-ci.

Diagnostic. — Si le diagnostic d'eczéma impétigineux est facile, comme cela résulte assez nettement de la description que nous venons d'en faire, son diagnostic de *nature* est, on le voit, plus difficile, surtout si l'on n'accepte pas notre manière de voir.

Certains auteurs en font le *premier symptôme de la tuberculose*. Si l'on voit en effet, plus tard, des tuberculeux qui, pendant leur enfance, ont eu de l'eczéma impétigineux de la face et du cuir chevelu, cela tient tout simplement, selon nous, à ce que cet état pathologique a constitué une excellente porte d'entrée par laquelle le microbe de Koch s'est introduit, dans les ganglions d'abord, dans l'organisme ensuite. Cette pénétration est facilitée : 1° par la négligence habituelle de tout traitement dans ce cas ; 2° par le voisinage, à l'hôpital ou dans la famille, d'un tuberculeux, qui n'observe aucune règle hygiénique par rapport à son entourage.

Pronostic. — Le pronostic présente un certain caractère de gravité, en raison de l'insomnie habituelle de ces pauvres enfants eczémateux, qui sont réveillés nuit et jour par les démangeaisons et dont le système nerveux est, de ce fait, dans un état d'excitation continue ; en raison, aussi, des com-

plications (adénites suppurées, érysipèle, tuberculose) qui peuvent survenir à la suite de l'eczéma.

Ce qu'il y a de remarquable, dans cette maladie, c'est *qu'au cours de certains états pathologiques, aigus ou chroniques* (entérocolite de Bouchut, broncho-pneumonie, diarrhée de dentition durant des mois entiers à la fin surtout de l'évolution dentaire), l'eczéma *disparaît* parfois, rapidement et entièrement, pour un temps aussi long que la durée de la maladie intercurrente. Puis, au moment où l'on se croyait autorisé à le considérer comme disparu pour toujours, *on le voit revenir*, plus fort que jamais, aussitôt que se termine la convalescence.

Les cliniciens de tous les temps, nos maîtres même les plus renommés et les plus autorisés, nous avaient appris à voir là une sorte de *métastase* ou de déplacement. C'est un restant des théories humorales d'autrefois.

Nous avons, depuis longues années (1888), rectifié cette erreur généralement trop accréditée et qui a fait commettre des fautes thérapeutiques graves (essai de rappel de l'éruption, dans la pneumonie par exemple, à l'aide de frictions sur la peau du crâne avec une pommade à l'huile de croton tiglium).

En pareille occurrence nous conseillons, à ce point de vue, l'inaction la plus grande. La fièvre, la diète, la maladie intercurrente expliquent suffisamment la rétrocession de l'efflorescence, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir, pour l'interpréter, une métastase quelconque, qui n'existe qu'en apparence, en vertu de l'axiome médical : *duobus laboribus simul obortis vehementior obscurat alterum*. La disparition de l'eczéma ne signifie pas autre chose et, par suite, n'a pas grande importance.

Traitement. — Le traitement de l'eczéma impétigineux de la face et du cuir chevelu est des plus simples.

Une opinion, généralement répandue dans le vulgaire et qui vient de l'idée métastatique autrefois formulée par les médecins eux-mêmes, est que l'eczéma impétigineux constitue un *bénéfice de nature*, un véritable émonctoire spontané, qu'il faut *respecter* au lieu de chercher à le guérir.

Dans notre région, les teignes elles-mêmes, confondues avec l'eczéma par le vulgaire, sont, par lui, considérées de telle sorte. De là, la gravité des conséquences de ces maladies, leur durée beaucoup plus longue et l'alopécie si fréquente à leur suite.

L'eczéma, s'il ne produit point une alopécie générale, donne lieu à des *alopécies partielles et circonscrites*, comme les cicatrices qui résultent de la maladie elle-même.

Le traitement que nous conseillons et qui nous réussit le mieux consiste : 1° à tailler les cheveux ras ; 2° à faire tomber les croûtes, soit par des lavages à l'eau boriquée saturée (tiède au besoin), soit par l'application de taffetas gommé, sous forme de bandes ou de coiffe, la nuit surtout. On n'a plus, le matin, qu'à laver et à déterger, comme précédemment, les surfaces ainsi dénudées.

Grâce à l'écoulement libre, qui s'effectue ainsi à la face et au cuir chevelu, *les ganglions cervicaux diminuent d'abord de volume, puis s'effacent* et, avec eux, disparaissent les infections diverses dont ils étaient le siège, ainsi que les menaces de suppuration et de cicatrices (écrouelles), qui les accompagnent ou les suivent assez fréquemment.

Si la peau est exulcérée par l'eczéma, on applique sur elle, matin et soir, de la pommade à la vaseline boriquée.

Il est on ne peut plus important de régler l'alimentation. Comme l'allaitement dure encore, le plus souvent, il doit avoir lieu toutes les 3 heures. Dans le cas contraire : petit déjeuner le matin, déjeuner à midi, goûter modéré à quatre heures, petit repas le soir. Le sirop de raifort iodé (quand il peut être prescrit tel, c'est-à-dire en dehors de l'état aigu) est très utile au point de vue de l'eczéma lui-même, mais *surtout de la résolution des adénites qui en résultent*, comme aussi de l'état général et digestif. Il peut toujours être administré simple, à la dose d'une ou plusieurs cuillerées à café par jour. A ce même point de vue, le sirop de quinquina peut être donné avant chaque repas, c'est-à-dire deux fois par jour.

Quant à l'évolution dentaire, elle sera favorisée par l'emploi des phosphates de chaux (lacto, chlorhydro et surtout glycéro).

Si l'on croit devoir recourir aux bains de mer, on se rappellera : *qu'au-dessous de deux ans ils ne peuvent être prescrits*, en raison de la réaction souvent difficile à obtenir à cet âge.

Nous les avons vus parfois causer, par le refroidissement qu'ils provoquent, des pneumonies mortelles chez des enfants eczémateux, trop jeunes, à qui ils avaient été imprudemment administrés. Tandis que nous avons vu guérir couramment, au contraire, des enfants, même plus jeunes, traités par le procédé ci-dessus.

Si les bains de mer sont généralement nuisibles, à un certain âge du moins, il en est bien autrement du simple séjour, au bord de la mer, des enfants eczémateux.

Quand arrive le moment de la vaccination, à moins d'urgence absolue en cas d'épidémie de variole, on doit y renoncer, momentanément, pour ne pas favoriser l'extension du mal, qui apparaît facilement au pourtour des pustules vaccinales.

VII. — Formes squameuses

Chez l'enfant, on n'observe guère que trois dermatoses à forme squameuse, ce sont : 1° le pityriasis ; 2° le psoriasis ; 3° l'ichthyose.

1° Pityriasis

Définition. — Le pityriasis est caractérisé par la formation, à la surface cutanée, de squames extrêmement ténues (πιτυρον, son) et de couleur blanc grisâtre.

Étiologie. — La cause du pityriasis ne nous est pas parfaitement connue. Il est probable même qu'elle n'est pas unique pour tous les cas. Certains auteurs ont voulu faire jouer un rôle capital aux auto-intoxications ou auto-infections digestives. Sans méconnaître l'importance de ces causes, au moins dans certains cas, nous croyons, ainsi que nous le montrerons plus loin qu'il ne faut point négliger l'influence des actions nerveuses réflexes, ni celle des irritations cutanées, d'ordre parasitaire en particulier, telles que la phtiriase.

Symptomatologie. — Le pityriasis, chez l'enfant, peut être localisé, à la tête, par exemple, où il est assez fréquent *(P. capitis)*, ou généralisé.

Bien souvent le fond cutané, sur lequel reposent les squames furfuracées qui le recouvrent et le cachent, est d'un rouge plus ou moins intense *(P. rubra)*, ce qui indique un certain degré d'inflammation cutanée ou cutite.

Fig. 23. — Photographie (avant traitement) d'une fillette de 9 ans et demi, atteinte de pityriasis rubra généralisé, simulant l'ichthyose principalement sur le front et à la face. Cette malade entra à la clinique en juin 1902.

Cette rougeur, souvent difficile à reconnaître, quand le pityriasis, déjà ancien, n'a pas encore été traité, devient au contraire très appréciable le jour où, par l'usage de bains, alcalins par exemple, le tégument a été dépouillé des exsudations qui le recouvraient.

La formation des squames cutanées, même furfuracées, est parfois telle, que leur accumulation à la surface du tégument prend l'aspect de croûtes minces, qui se fendillent en divers sens et rappellent, jusqu'à un certain point, l'aspect de l'ichthyose.

Fig. 24. — Photographie de la même malade, prise fin décembre 1902, après traitement par conséquent.

Voir, page 222, la photographie d'une fillette de 9 ans et demi, qui était typique à cet égard. Elle donne une idée assez nette de cette ressemblance.

Lorsque le pityriasis est généralisé, comme dans ce cas particulier, où cependant une partie de l'abdomen et l'extrémité inférieure des bras et des jambes étaient indemnes, il est bien difficile, en admettant l'origine gastro-intestinale (infectieuse ou toxique), de s'expliquer, à côté de l'envahissement de la presque totalité du tégument, l'intégrité absolue des zones sus-indiquées.

Nous croyons bien plutôt à l'extension locale de la maladie, par voie de continuité de tissu, quelle qu'ait été d'ailleurs, à l'origine, la cause première de cet état pathologique. D'une telle conception découlent, on le conçoit sans peine, des indications particulières de traitement, sur lesquelles nous reviendrons plus loin.

Il nous semble toutefois, particulièrement en ce qui concerne le pityriasis capitis, que l'influence du système nerveux et, plus spécialement, du réflexe, ayant pour point de départ l'évolution dentaire (trijumeau) et pour aboutissant la peau, ne saurait être négligée. Si cette cause ne détermine pas à elle seule, ce qui n'est point prouvé, cette localisation particulière du mal, elle peut tout au moins rendre compte de l'intensité plus grande du pityriasis à la tête et de sa persistante plus longue à ce niveau.

Diagnostic. — Le pityriasis capitis pourra être un instant confondu avec cette desquamation, plus ou moins abondante suivant les sujets et qu'on appelle les pellicules. Une attention, même faible, permettra de bien vite distinguer le premier de la seconde. Le fond rouge de la peau, l'abondance extrême des squames furfuracées, leur persistance, malgré les soins hygiéniques les plus méticuleux, viendront vite dissiper le doute qui aurait pu se produire à cet égard.

L'accumulation de squames, en certains points des téguments, peut donner au pityriasis l'aspect *psoriasiforme* (voir psoriasis).

Enfin nous l'avons vu capable de *simuler l'ichthyose*, à première vue seulement.

Pronostic. — Le pronostic est en rapport avec son étendue et son ancienneté déjà plus ou moins grande. Tenace le plus

souvent, il est susceptible d'une amélioration sérieuse et même d'une guérison complète.

Traitement. — Les moyens à diriger contre le pityriasis sont de deux ordres : locaux ou généraux.

Localement on devra déterger la surface cutanée des produits épidermiques qui l'encombrent. Les bains alcalins sont uniques à cet égard. Contre la sécheresse et l'inflammation de la peau, les applications d'un corps gras, de la vaseline en particulier, sont des plus utiles.

Toute cause d'irritation cutanée, parasitaire ou autre, devra être sérieusement combattue et soigneusement écartée.

L'appareil digestif sera l'objet d'une attention toute spéciale, au point de vue de l'intégrité absolue de ses fonctions et de l'innocuité des aliments ingérés ; on évitera, en particulier : les mets fortement épicés ou excitants de tout ordre, la viande de porc, les viandes noires, les crudités, etc., enfin les boissons alcooliques. La constipation sera obstinément combattue.

Parmi les médicaments les plus utiles, citons les arsenicaux et plus spécialement l'arséniate de soude en solution. Les sulfureux nous paraissent plutôt contr'indiqués, en raison de l'excitation cutanée, plus grande, qui pourrait résulter de leur emploi. Ils sont utiles comme antiparasitaires (*microsporon furfur*).

Si le système nerveux et l'évolution dentaire paraissent jouer un rôle quelconque, on combattra le premier par les nervins (bromure en particulier), on s'adressera à la seconde par l'usage du glycéro-phosphate de chaux.

2° Psoriasis

Définition. — Le psoriasis est une maladie cutanée, formée de *squames*, d'un *blanc nacré*, *imbriquées* les unes sur les autres et occupant plus particulièrement les *points d'extension*, comme la *partie postérieure du coude* et *antérieure du genou*.

Etiologie. — La contagion paraît sa raison d'être la plus ordinaire. La Bactériologie et la Parasitologie ne nous ont point encore fait connaître sa véritable cause.

Symptomatologie. — Des plaques d'un blanc nacré, recouvrant une partie ou la totalité du coude (partie postérieure) et du genou (face antérieure), suffisent pour constituer le psoriasis.

Il est une forme de cette maladie cutanée, que l'on rencontre le plus communément encore chez l'enfant, c'est le *psoriasis guttata*, ainsi appelé à cause de la ressemblance que présente son éruption avec des *gouttes de cire blanche*, répandues et disséminées à la surface du corps. Ces squames, comme les précédentes, sont très adhérentes au tégument.

Marche. Durée. Terminaison. — Le psoriasis est une dermatose essentiellement chronique, qui même traitée, pour peu qu'elle soit déjà ancienne, dure facilement des semaines et des mois ; sans traitement, elle durerait des années, car elle ne parait avoir aucune tendance à guérir spontanément.

Diagnostic. — Le psoriasis *simplex* ne peut guère être confondu qu'avec certaines manifestations syphilitiques et, en particulier, avec le psoriasis palmaire ou plantaire, forme que revêt souvent, chez l'enfant, la syphilis acquise ou héréditaire.

Nous citerons entr'autres le fait, très intéressant à notre avis, relatif à une jeune fille de 12 ans, entrée dans notre service pour un psoriasis palmaire et plantaire, des plus marqués et des plus tenaces, qui ne guérit qu'à la suite d'un traitement antisyphilitique bien conduit.

Tout récemment encore, il nous a été donné, grâce à une légère manifestation psoriasique plantaire, survenue chez une fillette de 6 ans environ (qui fut guérie d'ailleurs rapidement à la faveur du traitement spécifique et qui était à la clinique pour une vulvite à colibacilles et oxyures), de soupçonner, chez elle, l'existence d'une syphilis héréditaire. La mère, interrogée par nous, nous déclara qu'avant la naissance de cette enfant son mari avait eu une *maladie vénérienne*, sans pouvoir toutefois préciser davantage.

Pronostic. — En raison de la chronicité et de la durée parfois longue du psoriasis, malgré le traitement, son pronostic présente un certain caractère de gravité.

Traitement. — Le traitement du psoriasis que nous appellerons *simplex*, pour le distinguer du *psoriasis syphilitique*, consiste surtout, à l'extérieur, dans l'emploi des sulfureux sous forme de bains fréquemment répétés (tous les 2 ou 3 jours).

Dans l'intervalle, on pourra faire usage de la pommade d'Helmerich, appliquée (au moins une fois par jour, le soir quand le malade se couche) seulement sur les points qui sont le siège du mal. S'il résultait de ce traitement un peu d'excitation cutanée ou *cutite*, on la combattrait par des bains alcalins ou simplement amidonnés, que l'on pourrait alterner avec les bains sulfureux. On supprimerait momentanément, au besoin, les applications de pommade.

Les préparations arsenicales (arséniate de soude, arsénite de potasse) ont été de tout temps préconisées comme efficaces surtout contre les dermatoses squameuses. On pourra donc utilement y recourir dans le psoriasis non syphilitique. Une précaution indispensable à prendre, à notre avis, est de désinfecter, à *chaque bain sulfureux*, les vêtements et la literie, comme nous le recommanderons expressément quand nous parlerons de la gale. Quant au psoriasis syphilitique, son traitement n'est autre que celui de la syphilis, auquel on peut associer avantageusement celui du *psoriasis simplex*.

3° Ichthyose

Définition. — L'Ichthyose (ἰχθύς poisson) est une maladie cutanée, le *plus sourent héréditaire* et *congénitale*, caractérisée par des *squames blanches*, *peu épaisses* d'ordinaire, recouvrant habituellement *toute la surface du corps*.

Etiologie. — L'hérédité est la cause la plus commune de cette maladie, sans que l'on sache bien au juste en quoi elle consiste. Nous avons actuellement à la clinique un garçon de 13 ans atteint de cette affection depuis sa naissance, ainsi d'ailleurs que ses deux sœurs âgées l'une de 7 ans et demi, l'autre de 9. Il est entré dans le service pour une tuberculose pulmonaire, qui se manifesta, il y a un an environ, à la suite

d'une rougeole contractée par lui alors que déjà il toussait depuis quelque temps. Les deux autres, frère et sœur, plus âgés, sont indemmes d'ichthyose.

La syphilis héréditaire a été incriminée dans quelques cas.

Symptomatologie. — La peau est grossière, rugueuse, recouverte de soulèvements épidermiques, les uns furfuracés, les autres plus considérables, tous de couleur blanc terne, rappelant assez bien la disposition des écailles de poisson (de là le nom de la maladie). Ces écailles sont limitées et séparées les unes des autres par de véritables *sillons* ou *cassures épidermiques*. Ce qui caractérise l'ichthyose c'est, avec l'éruption dont nous avons parlé, la chronicité de la maladie et son origine assez souvent congénitale. Elle peut cependant être *acquise*. Nous en observons un cas, en ce moment, sur un garçon de 8 ans, indemne jusque-là.

Diagnostic. — Aucune maladie cutanée ne saurait être, même momentanément, confondue avec l'ichthyose. (Voir, plus haut, diagnostic du pityriasis, page 224).

Pronostic. — Le pronostic est des plus graves, en ce sens que la maladie est assez souvent incurable. Nous l'avons cependant vue guérir une fois. Reste à savoir même, ce que nous serions assez porté à admettre, si le mauvais fonctionnement cutané, qui en résulte, ne constitue pas une forte prédisposition aux congestions pulmonaires, aux hypersécrétions bronchiques, aux inflammations aiguës et chroniques de l'appareil broncho-pulmonaire, à la tuberculose enfin.

Il sera bon, dans ces cas, de vérifier s'il n'existe pas de l'albuminurie ou des néphrites, dont le mode de production serait tout aussi facile à comprendre.

Traitement. — Le traitement consiste à déterger le tégument de ces squames qui l'encombrent et diminuent ou suppriment ses fonctions. On essaiera d'atteindre ce but avec des bains sulfureux ou alcalins. Peut-être même serait-il préférable de recourir aux uns et aux autres, en ayant soin de les alterner.

Les préparations arsenicales sont indiquées, à l'intérieur.

Dans bon nombre de cas, l'incurabilité du mal frappe

d'impuissance absolue tout traitement, qui ne peut avoir d'autre prétention que celle d'être *palliatif*. Les frictions à la vaseline ont été recommandées. Les choses en resteront à ce point tant que nous ne connaîtrons pas mieux la cause véritable de l'ichthyose et qu'on n'aura point tranché la question de savoir : si l'on est en présence d'une malformation cutanée congénitale ou, au contraire, d'une maladie cutanée d'origine diathésique, microbienne ou parasitaire. C'est ce que sembleraient autoriser à penser les cas d'ichthyose acquise.

Si la syphilis héréditaire pouvait être incriminée, le traitement antisyphilitique serait naturellement tout indiqué.

VIII. — Forme cornée. — Kératose

Définition. — On désigne sous le nom de kératose une maladie caractérisée par des productions *cornées*, en plus ou moins grande abondance, sur divers points du tégument externe.

Etiologie. — Nous ne connaissons pas la cause de cette dermatose, dont nous n'avons vu, d'ailleurs, qu'un seul cas des plus remarquables. Si les verrues sont de nature parasitaire, nous ne serions point surpris qu'il en fut ainsi de la kératose proprement dite.

Pour certains auteurs, MM. d'Espine et Picot (1) en particulier, cette maladie pourrait n'être qu'une transformation de la précédente (ichthyose). Elle porte aussi le nom d'*hystrix*, de *maladie porc-épic*.

Symptomatologie. — Suivant les diverses régions du corps sur lesquelles se développe la kératose, on observe soit des *couches cornées, aplaties et plus ou moins épaisses* (surface plantaire des pieds, palmaire des mains), soit de véritables *formations styliformes*, plus ou moins *coniques*, *grêles* et *allongées*, de *dimensions diverses*, qui ont fait donner à la kératose le nom de *maladie porc-épic*, en raison de l'analogie,

(1) D'Espine et Picot. — Ichthyose, in Traité pratique des maladies de l'enfance. J.-B. Baillière et fils. Paris, 1900, p. 942.

Fig 25. — Photographie (face antérieure) d'un enfant de 13 ans. atteint de papillômes (*Icthyose forme hystrix ou maladie porc-épic*) et entré à la clinique en 1898. On trouve des papillômes sur la face. les mains, mais surtout les membres inférieurs (face antérieure et interne) et les pieds (saillies de la face plantaire).

Fig. 26. — Photographie (face postérieure) du même malade. On voit, au bord inférieur de la fesse droite et en dedans de celle-ci, une production styliforme très marquée.

plus ou moins vague d'aspect, que présente le malade, atteint de cette dermatose, avec l'animal de ce nom.

Diagnostic. — Seules, les verrues peuvent ressembler grossièrement à la kératose, avec laquelle elles ne seront jamais confondues, en raison de la délimitation particulière et de la forme arrondie, spéciale, qu'elles revêtent ordinairement.

Pronostic. — Le pronostic est grave, en ce sens que la kératose semble, comme l'ichthyose, frappée assez souvent d'incurabilité. Les productions cornées, qui la constituent, se détachent bien à un moment donné ; mais, elles sont immédiatement suivies de formations nouvelles et abondantes de même nature, si déjà leur chute n'en est pas précédée.

Traitement. — Le traitement que nous avons institué et qui nous a réussi le mieux, dans le cas qui nous est personnel, est l'usage des bains sulfureux (tous les 2 ou 3 jours).

Grâce à eux, on voyait se détacher, chaque fois, une quantité plus ou moins grande de ces productions cornées, que le malade nous conservait, dans une petite boîte en carton, et dont nous pouvons évaluer le poids à 15 ou 20 grammes dans l'espace de quelques semaines.

Les arsenicaux seront, dans ces cas, avantageusement administrés. Il en sera ainsi des bains alcalins.

De même que la magnésie calcinée, à faible dose et à l'intérieur, a été conseillée efficacement dans le traitement des verrues (Lambert de Haguenau, 1853, cité par Fonssagrives) (1), de même pourrait-on, par analogie, espérer retirer quelque utilité de son emploi dans la kératose. Nous y aurions volontiers recours, si le fait venait de nouveau se présenter à notre observation.

La syphilis, héréditaire ou acquise, devra être recherchée avec le plus grand soin et traitée, s'il y a lieu.

(1) Fonssagrives. Hygiène infantile. Delahaye et Lecrosnier, Paris, 1882, pages 232 et suivantes.

IX. — Abcès multiples du nouveau-né

Définition. — Comme son nom l'indique, la maladie que nous allons étudier est caractérisée par un nombre plus ou moins considérable de petites collections purulentes, faisant d'abord saillie, puis s'ouvrant à la surface cutanée.

Etiologie. — Ces abcès multiples s'observent surtout chez le nouveau-né, ce qui ne veut pas dire que plus tard l'enfant en soit absolument à l'abri. Ils résultent toujours d'une *infection, d'origine cutanée le plus souvent, mais parfois aussi gastro-intestinale ou autre.* On y trouve communément, pour ne pas dire constamment, le *staphylococcus pyogenes aureus.*

La malpropreté du tégument, certaines maladies locales ou générales à retentissement cutané, telles que : l'eczéma, les fièvres éruptives (rougeole en particulier et variole), les troubles gastro-intestinaux enfin, y prédisposent de la façon la plus remarquable, sans parler de toutes les causes débilitantes et principalement de l'athrepsie, de l'alimentation vicieuse, etc., etc.

Symptomatologie. — De petits abcès, de la grosseur moyenne d'un pois ou d'une noisette, disséminés à la surface du corps, aussi bien à la tête que sur le tronc et sur les membres, tel est l'ensemble symptomatique présenté par la maladie que nous étudions.

A l'extrémité des doigts, on en trouve aussi quelques-uns, sous forme de tournioles, qui ne sont que des points d'inoculation, consécutive à des abcès antérieurs, et qui, à leur tour, vont devenir le point de départ d'inoculations et de dissémi-nations nouvelles, pour peu que la malpropreté ou les diverses manifestations pathologiques, dont la peau est le siège, provoquent les démangeaisons et le grattage.

Bien souvent en effet, dans bon nombre de maladies cutanées des plus diverses (eczéma, gale, etc.), le grattage produit, à l'aide des ongles, le sillon, que vont ensemencer les micro-organismes multiples apportés par l'air et, mieux

encore, ceux que contient déjà l'espace sous-unguéal, surtout lorsque les ongles sont longs et sales.

Nous aurions pu dire, à propos de bien des maladies cutanées, ce que nous disons ici seulement, c'est que : *le premier devoir du pédiâtre en présence de ces maladies, de celles surtout qui donnent lieu au grattage, par les produits pathologiques déposés à la surface du tégument, consiste à s'assurer, non seulement que les ongles du petit malade sont coupés court, mais encore qu'ils sont tout à fait propres.* Dans le cas contraire, c'est là évidemment la première indication à remplir.

Lorsque à ces deux conditions, fâcheuses au premier chef, s'ajoute la présence, sur le doigt lui-même, d'un produit pathologique quelconque (pus, après ouverture de l'abcès, par exemple) ou d'un élément pathogène (microorganisme, staphylocoque dans l'espèce), tout est réuni pour favoriser l'inoculation, et l'*ongle qui laboure*, et la *graine que porte le doigt*, transformé en *stylet inoculateur*.

La fièvre, généralement nulle ou modérée (38°, 38 5), peut, dans certains cas, s'allumer plus intense. Elle est habituellement en rapport avec les désordres, locaux ou généraux, résultant de la suppuration elle-même.

La coloration du tégument, normale tout d'abord au-dessus de l'abcès, ne devient rouge ou violacée que lorsque la collection purulente a de la tendance à l'ulcérer, après inflammation, pour se faire jour à l'extérieur. On ne doit pas attendre cette participation de la peau, au processus pyogénique, pour évacuer le pus sous-jacent, en vertu du principe : *Ubi pus, ibi evacua*. Aussitôt que la fluctuation est perçue, s'impose une rapide intervention.

Diagnostic. — On ne confondra pas, avec les abcès multiples du nouveau-né ou même de la seconde enfance, les gommes syphilitiques ou scrofuleuses, que l'on rencontre si communément dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Elles sont habituellement moins nombreuses, d'abord. Ensuite, leur suppuration est moins franche et moins rapide. Enfin, à supposer qu'elles fussent aussi nombreuses que dans

le cas de scrofule que nous avons rapporté plus haut (V. le chapitre scrofule), il s'en trouverait quelqu'une montrant avec le périoste ou même avec les os certaine connexion. Cela n'existe point, au contraire, avec les abcès multiples, d'ordinaire simplement cutanés ou sous-cutanés.

Pronostic. -- Le pronostic, malgré tout, est généralement bénin. Il n'en est pas moins vrai que cette maladie, dénotant une infection déjà profonde et étendue, ne manque pas de laisser subsister dans l'esprit de l'observateur quelque doute au point de vue de sa terminaison heureuse. Si, dans l'immense majorité des cas, celle-ci est la solution habituelle, il est cependant permis d'admettre que dans certains autres, par suite d'une suppuration par trop abondante et débilitante, l'organisme du petit malade ne puisse pas faire les frais d'une *restitutio ad integrum*, alors même qu'on serait assez heureux pour ne pas voir survenir de la pyohémie avec toutes ses graves conséquences.

Traitement. — Le traitement consiste : 1° à vider les abcès, aussitôt la suppuration constatée et rendue évidente par la fluctuation ; 2° à observer les règles hygiéniques les plus sévères, relativement au tégument (bains fréquents, asepsie cutanée); 3° à faire des pansements antiseptiques (on se trouvera bien des lavages à l'eau boriquée, sinon au sublimé à 1 °/₀₀, suivis, aussitôt l'abcès ouvert, d'une application de salol ou de gaze iodoformée, avec coton hydrophile par dessus, retenu par un ebande en gaze aseptique) ; 4° enfin (si l'on croit que l'infection est de provenance gastro-intestinale), à régler l'alimentation et à recourir aux désinfectants gastro-intestinaux (benzonaphtol, salicylate de bismuth ou de magnésie, suivant le cas).

X. — Gangrène

Définition. — La *gangrène* ou *sphacèle*, autrement dit la mortification *des tissus*, de *la peau* surtout, s'observe quelquefois dans l'enfance.

Étiologie. — Sans doute la gangrène, même tégumentaire, survient rarement chez l'enfant. Mais, pour être rare, elle n'en est pas moins grave, ainsi que nous le verrons plus loin.

On peut dire que s'il existe une gangrène sénile, relativement facile à expliquer par altération vasculaire, il existe aussi une *gangrène*, que l'on pourrait appeler *infantile*, avec ses localisations et sa symptomatologie propres, et que semble expliquer beaucoup plutôt la *thrombose ou l'embolie*, que l'altération vasculaire et, surtout, artérielle.

La *convalescence des maladies graves et infectieuses*, les *états cachectiques divers*, semblent y prédisposer plus particulièrement.

Symptomatologie. — Parmi les formes les plus communes, nous voyons :

1° Le noma ou gangrène de la bouche ;

2° La gangrène de la vulve chez la toute jeune fille ;

3° La maladie de Maurice Raynaud (asphyxie locale des extrémités) ;

4° La gangrène à foyers multiples ou disséminés ;

5° La gangrène de décubitus, dans certaines maladies graves (la fièvre typhoïde par exemple).

Quelle que soit celle de ces formes que revête la gangrène, elle se révèle toujours à l'observateur par une *coloration noire*, particulière, et quelquefois aussi par une odeur *putride sui generis*, en quelque sorte caractéristique.

On distingue, aux autres âges, une gangrène sèche et une gangrène humide. Il semble que l'enfance ait une prédisposition marquée pour la première.

Noma ou gangrène de la bouche. — Nous en avons observé un seul cas suivi de mort, en été, chez un enfant atteint de choléra infantile. La gangrène occupait toute l'épaisseur de la lèvre inférieure et la partie médiane de celle-ci. La cause nous en fut totalement inconnue.

Gangrène de la vulve. — Nous en avons observé un seul cas, chez une enfant de 2 ans environ. Les deux lèvres de la vulve étaient sphacélées dans leur ensemble et présentaient la coloration noire, caractéristique. Cette enfant appartenait

à une famille pauvre, que nous visitions, alors, comme médecin du Bureau de Bienfaisance.

Sa mère nous raconta qu'à la crèche, où elle portait son enfant, on la laissait, par les plus grands froids, macérer dans son urine. C'est à cela qu'elle attribuait la maladie de sa fillette, maladie à laquelle celle-ci succomba d'ailleurs. Cette enfant était en outre profondément cachectique et *convalescente de rougeole.*

Maladie de Maurice Raynaud. — Nous n'avons jamais observé cette maladie chez l'enfant, où elle est, par conséquent, assez rare. D'autres médecins, toutefois, l'ont observée. Nous faisions allusion à l'un de ces cas, dans notre article sur cette maladie, paru dans le traité de M. le professeur Grancher (1).

Il nous a paru même que, dans ce cas particulier, la gangrène symétrique des extrémités était le résultat d'embolies endocarditiques.

Nous avons en ce moment, à la clinique, un garçon de 9 ans, entré à l'hôpital pour des engelures de date récente, qui nous fut envoyé pour asphyxie locale des extrémités, laquelle nous paraît être une maladie bleue, méconnue pendant 9 ans et liée à la persistante perméabilité du canal artériel. Sa température générale est de 35,8.

Gangrène disséminée. — Nous n'avons jamais observé la gangrène cutanée sous forme de foyers disséminés, que décrivent certains auteurs et qu'ils considèrent comme susceptible de guérir, au moins quelquefois.

Gangrène de décubitus. — Survenant surtout après les fièvres typhoïdes graves, elle existe surtout, comme chez l'adulte, au niveau du sacrum et des deux trochanters. Elle guérit habituellement, comme cela s'est produit dans tous les cas qu'il nous a été donné d'observer.

Diagnostic. — Rien n'est plus facile que le diagnostic de gangrène, imposé par la coloration des parties, sinon par

(1) L. Baumel. — Maladie de Maurice Raynaud. Gangrène symétrique des extrémités, in Traité des maladies de l'enfance, de M. le professeur Grancher. Paris, 1898, tome V, page 404.

l'odeur *sui generis* qui s'en exhale. Cette dernière peut être nulle ou à peu près dans la gangrène sèche.

Pronostic. — Le pronostic de la gangrène, surtout chez l'enfant, est toujours grave. Il l'est particulièrement dans le noma, la gangrène de la vulve et la maladie de Maurice Raynaud. Il est beaucoup plus bénin dans la gangrène à foyers disséminés et surtout dans celle de décubitus. Elle dénote toujours un état mauvais de la nutrition générale, sinon même un état cachectique particulier.

Traitement. — La gangrène ne peut guérir qu'à certaines conditions : c'est que les parties sphacélées soient facilement éliminées et que la plaie qui en résulte cicatrise rapidement et sans trop de difficulté ; c'est qu'enfin l'état général, déjà grave, ainsi que le prouve suffisamment la manifestation gangréneuse à laquelle il a pu donner lieu, ne soit pas aggravé encore par cette élimination même, par la suppuration plus ou moins longue et abondante qu'elle entraîne, par la septicémie qui peut en être la conséquence, sinon la cause. Pour cela, les toniques analeptiques et médicamenteux seront indiqués, concurremment avec les moyens (chirurgicaux ou médicaux) propres à favoriser l'élimination des eschares et la cicatrisation des plaies.

Le fer rouge aura la préférence dans certains cas ; le bistouri dans d'autres. Les lavages et les pansements antiseptiques (sublimé au 1/1000e), la poudre d'iodoforme ou de salol, la gaze salolée ou iodoformée recouverte de coton hydrophile, seront, dans la plupart de ces cas, des plus utiles.

XI. — Gale

Définition. — La gale est une maladie cutanée, parasitaire, donnant lieu à des démangeaisons, suivies de grattage, que la chaleur exagère et qui sont surtout intenses la nuit, dès que le malade est dans son lit.

Etiologie. — Chez l'enfant, comme chez l'adulte, la gale est déterminée par l'*acarus scabiei* et par la contagion,

d'homme à homme le plus souvent, quelquefois aussi d'animal à homme (chien, etc., etc.).

Symptomatologie. — Dans l'enfance, la gale a parfois une physionomie particulière et si l'on n'y songe pas, en présence de tout enfant qui éprouve des démangeaisons et se gratte sur tout le corps, on risque fort de passer à côté d'elle sans la reconnaître. Il en est tout autrement, d'ordinaire, lorsque l'idée en vient au praticien.

Nous avons vu cependant, même dans ce cas, des médecins fort compétents être induits en erreur. Nous pouvons dire, d'une façon générale et sans la moindre exagération, que la gale, chez l'enfant, est une source d'erreurs multiples de diagnostic.

Nous n'en voulons pour preuve que les faits qu'il nous a été donné d'observer et qui ont été pris, soit pour du prurigo simplex, soit pour du prurigo de Hébra.

Dans le premier cas, il s'agit de 3 enfants qui me furent donnés, le jour où je pris le service pour la première fois (1er novembre 1889) comme chargé du cours de clinique des maladies des enfants, pour de petits malades atteints de prurigo simplex.

Tous trois avaient des démangeaisons, principalement aux mains, qui étaient couvertes d'une éruption, variant suivant chaque malade.

Chez l'un, l'éruption était *papuleuse* ; chez le second, *pustuleuse* ; chez le troisième, *ulcéreuse*.

Il semblait que l'on avait affaire à trois maladies différentes, ayant de commun seulement le siège et les démangeaisons. Nous préférâmes, avec le collègue qui nous avait précédé au service, voir là une maladie unique, la même pour tous, le *prurigo*. Quant aux nuances différentes, nous nous les expliquions, ce qui semblait logique d'ailleurs, par une différence individuelle de terrain, d'où une réaction cutanée différente dans chaque cas particulier.

On décrit complaisamment, dans la plupart des ouvrages classiques et même dans certains manuels de pathologie, non seulement l'acare et ses mœurs, suivant son sexe et son âge,

mais encore et surtout le sillon que se creuse la femelle, sillon dans lequel elle va pondre ses œufs et au fond duquel elle meurt. C'est de là que partent les petits acares qui, sortant par le sillon, vont se promener sur la peau (d'où les démangeaisons plus fortes à ce moment-là) cherchant à se féconder, après quoi les femelles subissent le même sort que leurs mères. On va même jusqu'à prétendre, qu'à l'aide d'une aiguille, on peut ouvrir le sillon, arriver à son cul-de-sac, embrocher l'acare et le porter ainsi facilement sous le champ du microscope.

La chose n'est pas toujours aussi aisée. Nous ne parlons ici que de l'enfant et nous déclarons, qu'avec des loupes d'un grossissement très fort, il ne nous a *pas toujours* été permis de constater, dans les cas les plus avérés de gale, dans la plupart de ceux dont nous parlons dans cet article et que le traitement de deux heures a guéris d'ailleurs, l'existence, ni des sillons, ni de leurs ampoules terminales.

Dans les premiers faits dont nous avons parlé tout à l'heure, soupçonnant la présence de la gale chez les trois enfants de la clinique, nous traitâmes le plus sec (celui dont l'éruption était papuleuse) par le traitement de deux heures. Il guérit. Nous traitâmes ensuite et guérîmes les vésicules du second, les ulcérations du troisième, par des pansements émollients, antiseptiques et cicatrisants, après quoi, chez l'un comme chez l'autre, le traitement de deux heures non seulement put être employé, mais réussit aussi pleinement que chez le premier.

C'est alors que l'interne du service, rappelant ses souvenirs, nous déclara que, six mois auparavant, il était entré à la clinique une enfant galeuse et que, depuis lors, avait éclaté une véritable épidémie de prétendus cas de prurigo, à laquelle se rattachaient les trois que nous venions de guérir par le traitement de la gale, alors que, comme notre prédécesseur et collègue, nous avions infructueusement employé le traitement du prurigo simplex.

Les trois enfants sus-mentionnés avaient de deux à quatre

ans. Il y est fait allusion, dès 1893, dans mes leçons cliniques sur les maladies des enfants (1).

Beaucoup plus tard et dans ces dernières années, il est entré dans ma clinique un enfant de 13 ans pour un prurigo de Hébra (maladie chronique et incurable), dont le diagnostic avait été porté dans un autre service, d'où il sortait.

Ce malade, soumis par nous au traitement de deux heures, qu'il avait subi infructueusement dans le service en question, fut guéri définitivement, non sans quelques récidives toutefois.

La maladie durait depuis 10 ans, chez cet enfant, qui n'en avait que 13. Chez lui encore, il nous fut absolument impossible d'apercevoir le moindre sillon. Cela arrive assez fréquemment dans la gale chronique, ainsi que nous l'a confirmé d'ailleurs notre collègue M. Brousse, chargé du cours de dermatologie.

La mère, interrogée par nous, déclara qu'un frère du malade, plus âgé que lui et avec lequel il couchait, avait eu, lui aussi, des démangeaisons, dont il avait été rapidement guéri.

Nous avons vu enfin plusieurs fois la gale chez le nourrisson et une fois, en particulier, chez un enfant appartenant à une famille d'hémophiliques. Il la tenait de sa nourrice, depuis l'âge de 6 mois. Il avait un an à son entrée au service. Nous avons observé aussi la gale chez un nourrisson de trois mois, qui la tenait de sa mère. Tous ces malades, traités à l'hôpital, furent rapidement guéris, sauf l'hémophile qui nécessita la répétition fréquente du traitement de deux heures.

Diagnostic. — Il semble que la difficulté, pour ne pas dire l'impossibilité où l'on se trouve d'apercevoir facilement, chez l'enfant, les sillons creusés par l'*acarus scabici*, à plus forte raison l'acare lui-même, et par conséquent de porter rapidement un diagnostic certain, justifie pleinement les paroles de Hardy, lorsqu'il déclare que : lorsqu'on voit de l'*ecthyma* se produire, non seulement aux *mains*, mais encore aux *pieds*

(1) L. Baumel. Leçons cliniques sur les maladies des enfants. Paris, Masson, 1893, page 350.

et aux *fesses*, on se trouve généralement en présence de la *gale* (1).

Le siège de prédilection de l'acare et des diverses manifestations, cutanées et pathologiques, qu'il détermine, est à l'interstice des doigts et des orteils, c'est-à-dire là ou la peau est plus fine et, par suite, plus facile à pénétrer par le parasite.

Si la gale se bornait à produire ses lésions propres, le diagnostic en serait relativement facile. Il en est tout autrement avec les *éruptions* et *infections locales, secondaires*, auxquelles le grattage, à lui seul, peut donner lieu. Ce qui rend le diagnostic encore plus difficile, ce sont les diverses manifestations ou réactions pathologiques, dont la peau est le siège, et qui peuvent varier suivant le sujet, ainsi que nous l'avons vu plus haut. Ce dernier serait-il syphilitique, qu'on ne devrait point être surpris de voir la gale devenir le point de départ et la cause de manifestations de la diathèse spécifique. Il en est de même de la scrofule, de l'arthritisme, etc., etc.

Le diagnostic est certainement favorisé par le voisinage d'un galeux. C'est ainsi qu'une fillette de mon service, ayant, à mon insu et sans autorisation, gardé dans la journée un petit galeux qui s'y trouvait, contracta la maladie. Les premières démangeaisons qu'elle éprouva furent rapidement rapportées par nous à leur véritable nature. Le traitement, institué aussitôt, fut immédiatement efficace.

Pronostic. — Le pronostic de la gale, chez l'enfant, est toujours plus ou moins sérieux. Sa gravité est en rapport : 1° avec l'âge du sujet ; 2° avec la durée déjà plus ou moins grande de la maladie, au moment où le traitement est commencé ; 3° avec les complications coexistantes ; 4° avec la manière dont on applique le traitement.

Plus l'enfant est jeune, plus la maladie est grave. En raison de l'insomnie que détermine la gale, chez le nourrisson par exemple, et de l'excitation qui résulte des démangeaisons et du grattage, on conçoit combien les complications nerveuses, les convulsions en particulier, sont à redouter dans ces cas,

(1) Hardy, cité par MM. Barthez et Sanné, in Rilliet et Barthez, Maladies des enfants, 3e édition. Paris, 1887, tome II, page 765.

soit au cours de la première maladie venue, soit simplement à l'occasion de l'évolution dentaire.

Plus une gale est ancienne, plus elle est difficile à guérir. Nous ne citerons pour exemple que l'enfant de 13 ans, dont nous avons parlé et chez lequel, la maladie datant de 10 ans, il nous a fallu recourir *plusieurs fois au traitement de deux heures* et prendre des *précautions spéciales* pour le débarrasser entièrement.

Quand, dans un autre service, on lui prescrivit une première fois ce traitement, qu'il subit à l'hôpital suburbain, il nous a déclaré avoir remis, aussitôt après, la même chemise qu'il portait auparavant et n'en avoir changé qu'à la maison.

De même, quand il était à la clinique des enfants et en raison de la persistance du mal ou de sa récidive aussitôt qu'il rentrait chez lui (alternatives qui avaient fait croire, dans ce cas, à un prurigo de Hébra datant de 10 ans), nous apprîmes que le lit de cet enfant avait une paillasse. Or, ce fut seulement après que, sur nos conseils, la paille qui la composait eut été soumise à des vapeurs soufrées et la toile lessivée, que l'enfant, guéri à l'hôpital, resta indéfiniment tel, une fois rentré chez lui.

Parmi les complications, l'hémophilie est une des plus redoutables, bien que nous n'ayons pas eu d'accidents, dans le cas qui nous est personnel, malgré le traitement de deux heures. Il en est de même des manifestations vésico-pustuleuses ou ulcéreuses qui retardent le traitement et, par suite, la guérison.

Traitement. — Le traitement par excellence, de la gale, est celui qu'on appelle de *deux heures*, mais encore faut il qu'il soit bien appliqué.

Il consiste en : 1° frictions au gant de crin avec du savon noir, pendant 1/2 heure ; 2° un bain de 1/2 heure pour débarrasser du savon, déterger, ouvrir la peau ; 3° l'application de la pommade d'Helmerich ou du sulfure de calcium liquide sur le tégument, *principalement sur les points plus particulièrement atteints* ; 4° enfin, un bain d'une 1/2 heure.

Il faut que ce traitement soit *scrupuleusement* et *soigneu-*

sement fait, tel que nous venons de l'indiquer, *faute de quoi on voit la maladie s'éterniser*. L'enfant tout jeune, le nourrisson lui-même, le supportent sans grand inconvénient, nous semble-t-il, du moins d'après les faits soumis à notre observation personnelle.

Nous sommes décidé cependant à essayer, à l'avenir, les moyens plus doux et, en particulier, les applications de baume du Pérou, que l'on a préconisés, ne serait-ce que pour éviter les frictions au gant de crin, toujours plus ou moins pénibles pour un enfant. Nous craignons toutefois, à priori, qu'elles n'aient pas l'efficacité du traitement précédent ou classique.

Une précaution à prendre et sur laquelle nous n'insisterons jamais assez est la suivante : c'est *qu'il faut désinfecter*, non seulement *les langes* ou *les vêtements de corps* du petit galeux, mais encore *sa literie tout entière*, à *chaque nouveau traitement* de deux heures, et, qui plus est, les *vêtements de la mère*, de la *nourrice* ou de la *garde*, si l'enfant est un nourrisson et ne marche pas, s'il est par conséquent nuit et jour dans les bras d'une personne, qui *doit être toujours la même*.

Mieux encore, celle-ci devrait non seulement donner ses vêtements à désinfecter, mais prendre un *bain sulfureux*, *alors même qu'elle n'aurait pas la gale*. Dans *le cas contraire*, elle devra se soumettre au *traitement de deux heures* et le subir *en même temps que l'enfant*.

C'est à cette condition que l'on triomphera, aisément somme toute, d'une maladie aussi tenace que la gale, par un traitement sévère, dirigé et appliqué intelligemment. On *devra y recourir* de nouveau, *à la moindre démangeaison*, et *en insistant plus particulièrement sur les points qui en sont le siège*.

XII. — Teigne faveuse

Définition. — La teigne faveuse est la plus commune des teignes observées chez l'enfant. Elle a pour siège de prédilection le cuir chevelu ; mais, on peut la rencontrer au niveau

des cils et des sourcils, comme aussi sur les diverses parties du corps, principalement : le dos, la face externe et postérieure des bras et des avant bras, les ongles (onychomycosis). Elle est essentiellement contagieuse et parasitaire.

Etiologie.— La teigne faveuse est due à un parasite, l'achorion Schœnleinii. Il se compose de spores ou conidies sphériques de 3 à 11 μ, de mycélium (filaments simples ou ramifiés), enfin d'un *réceptacle* (tubes isolés ou accolés, vides ou contenant des spores placées bout à bout), faciles à reconnaître au microscope.

La contagion s'effectue, d'ordinaire, d'enfant à enfant, surtout par l'intermédiaire des coiffures (à l'école par exemple) ou des peignes (entre frères et sœurs à la maison). Cette maladie est commune à l'homme et à certains animaux tels que le rat, le chat. Elle passe du rat au chat et, enfin, à l'enfant, qui s'amuse souvent avec ce dernier et lui prodigue journellement ses caresses.

On voit rarement la teigne, à l'âge adulte. Elle est, au contraire, extrêmement fréquente dans l'enfance, où elle est aussi très contagieuse.

Certaines régions, certains départements y paraissent tout particulièrement prédisposés. Depuis 1865, Jules Bergeron, le regretté Secrétaire perpétuel de l'Académie de Médecine, a signalé le département de l'Hérault comme étant le plus frappé, comme celui qui, dans les conseils de révision, a le plus de cas de réforme par alopécie consécutive à la teigne. M. Feulard, en 1885 d'abord, puis en 1892 (Congrès de Vienne), a confirmé entièrement les affirmations de M. Bergeron.

Sans vouloir atténuer, en aucune façon, la valeur de la constatation faite par MM. Bergeron et Feulard, il nous a paru, tout d'abord, que les enfants, même soignés à l'hôpital de Montpellier, n'étaient pas tous originaires du département de l'Hérault. L'attraction de l'Hérault, pays viticole et riche, peut bien expliquer ensuite le grand nombre de conscrits exempts pour alopécie, bien que ceux-ci ne soient pas tous de provenance héraultaise. Le moment des vendanges peut être, à lui seul, une cause de contagion facile, par la descente

des vendangeurs de la montagne dans la plaine ; enfin, un de mes élèves, M. le Dr Delassus, a, dans sa thèse inaugurale et en vertu des renseignements qui lui ont été fournis par le regretté professeur Kiener et par le recrutement de Montpellier, déclaré qu'une nouvelle cause d'erreur pouvait résider dans ce fait, que le recrutement militaire de l'Hérault embrasse, en outre, certains cantons de l'Aveyron (1). N'a-t-on pas ensuite pris, rétrospectivement, pour la teigne ce qui pouvait n'être que de l'eczéma impétigineux ?

Le respect que l'on a pour la teigne, dans le public, est basé sur les mêmes théories humorales que celui que l'on professe à l'égard de l'eczéma impétigineux. Il est encore plus blâmable, si c'est possible.

Symptomatologie. — La première manifestation du favus est le *godet favique*. C'est un petit amas, de la grosseur d'un demi pois, de couleur *jaune soufre*, reposant par sa base sur la surface cutanée et présentant, à sa partie culminante ou sommet, une dépression en cupule, à concavité supérieure, d'où le nom de *godet favique*, donné à cette production spéciale.

C'est surtout dans ce godet, qui embrasse un certain nombre de cheveux, que l'on retrouve le parasite spécifique. Les cheveux eux-mêmes et leur racine sont envahis. L'achorion forme une gaine autour de la tige du poil. Il pénètre non seulement dans les follicules pileux, mais dans les glandes sébacées et sudoripares, se glisse sous l'épiderme et même jusque dans le derme, d'où, à un moment donné, de véritables abcès intradermiques, déterminés par la présence du parasite.

Le diagnostic est facile, dans ces conditions. Mais les choses ne restent pas longtemps ainsi. Les démangeaisons intervenant, les ongles labourent la surface cutanée du cuir chevelu, détachent ou détruisent les godets, en même temps qu'ils sillonnent et inoculent des zones de plus en plus éloignées du point primitivement atteint ou de départ.

(1) Delassus. La teigne faveuse dans le département de l'Hérault et à la clinique des enfants à l'Hôpital général. Thèse de Montpellier, 1893, page 32.

Ainsi disparaissent les caractères propres du godet ; ainsi se produisent des *éruptions* ou *lésions secondaires* du cuir chevelu (eczéma, impétigo, cutite, abcès, etc.) ; ainsi se forment des croûtes, plus ou moins *molles d'abord, sèches ensuite*, qui, au début surtout et pendant longtemps encore, conservent une coloration *jaune soufre*, rappelant celle des godets (dont la forme a disparu et est devenue tout à fait méconnaissable) par le mélange de leurs détritus aux produits de sécrétion cutanée ou aux diverses concrétions pathologiques qui surviennent.

Cette *couleur jaune* finit, à la longue, par s'*atténuer* de plus en plus ; dans certains cas, même, elle *disparaît* pour faire place à une coloration *grisâtre*, revêtue par les croûtes. C'est alors que le diagnostic, à l'œil nu, devient plus difficile, sinon impossible, et que s'impose l'examen microscopique. Certaines formes d'*eczéma sec* peuvent, en effet, *simuler à s'y méprendre la teigne faveuse arrivée à cette période.*

Puisqu'il est question d'eczéma, disons tout de suite que celui-ci, aigu ou chronique, peut, dans certains cas, simuler simplement, dans certains autres, compliquer le favus (1).

Ce qui nous a mis depuis longtemps sur la voie de cette complication c'est, d'une part, la *coloration rouge-vif et fortement eczémateuse de certaines têtes de teigneux faviques*, contrastant avec la couleur normale de toutes les autres ; c'est, d'autre part, la difficulté que l'on a pour épiler ces têtes, rouges et plus ou moins suintantes, sans qu'elles saignent abondamment, d'où le nom de *têtes saignantes*, sous lequel nous les désignons communément dans le service.

Ce sont habituellement des enfants de 6 à 14 ans, chez lesquels, à un moment donné, s'effectue de l'évolution dentaire. D'où un eczéma de dentition venant ici compliquer, là simuler, la teigne faveuse. Il va sans dire que s'il peut exister des doutes sur la coexistence des deux maladies, au moment où l'eczéma est aigu, cette question est vite tranchée

(1) Voir, à ce sujet, la thèse de M. le Dr Besins, intitulée : De l'eczéma du cuir chevelu, chez l'enfant, compliquant ou simulant la teigne. Montpellier, 1896.

par l'examen microscopique. La simulation, au contraire, n'est guère possible qu'avec l'eczéma sec, rappelant un peu les croûtes sèches et grises, que nous avons indiquées plus haut comme se produisant à la fin d'un favus déjà ancien.

Peut-être même, alors, y a-t-il toujours plus ou moins coexistence des deux maladies, affectant, l'une et l'autre, une forme essentiellement chronique. Quand on fait tomber en effet les croûtes faviques, on aperçoit, sur le tégument et à leur place, une surface plus ou moins rouge et suintante, érythémateuse au moins, sinon eczémateuse, qu'elles entretenaient ou provoquaient, et qui pâlit, de jour en jour, à mesure que la détersion est régulièrement effectuée.

Sur les autres parties du corps, le favus revêt les mêmes caractères qu'au cuir chevelu. Ce sont, d'abord, des godets faviques discrets, *le plus souvent éphémères*, à condition qu'ils soient traités convenablement.

Il n'en est pas tout à fait de même de la teigne faveuse au cuir chevelu. Celle-ci, même traitée, dure généralement longtemps (des mois, sinon des années). Elle est d'autant plus tenace et persistante, qu'elle est plus ancienne et, par suite, plus généralisée.

Un point essentiel, lorsque le malade paraît guéri, c'est qu'il ne se contagionne pas de nouveau, au voisinage d'autres faviques. Aussi préférons-nous, dans ce cas, renvoyer le malade chez lui et laisser pousser les cheveux, tout en *recommandant à la famille de nous le ramener à la moindre menace de rechute*, sinon le second traitement pourrait être aussi long que le premier.

Diagnostic. — Le diagnostic, nous l'avons vu plus haut, est relativement facile ; soit qu'il existe encore des godets ou la couleur soufrée, caractéristique, colorant les croûtes plus ou moins sèches ; soit que l'on doive recourir à l'examen microscopique qui, généralement, ne laisse plus aucun doute dans l'esprit. L'eczéma chronique, seul, pourrait quelquefois être confondu avec la teigne faveuse, qui est assez communément compliquée de l'une de ses formes, aiguë ou chronique.

Pronostic. — Le pronostic est grave en ce sens : que la

durée de la maladie et du traitement est longue ; que pendant ce temps l'enfant, éloigné de l'école, en subit un certain préjudice, quelques précautions ou dispositions que l'on prenne au point de vue de son instruction, toujours plus ou moins compromise.

Parmi les complications qui peuvent survenir, nous citerons : 1° l'*eczéma impétigineux*, aigu ou chronique ; 2° les *adénites cervicales* ; 3° les *abcès du cuir chevelu* ; 4° enfin, comme suite d'une teigne de longue durée ou par trop négligée, l'*alopécie*. Celle-ci est on ne peut plus rare, quand le traitement a été bien fait et institué de bonne heure.

Traitement. — Il consiste à :

1° Tailler les cheveux le plus ras possible (à la tondeuse la plus fine, d'ordinaire).

2° Faire tomber les croûtes avec des cataplasmes, du taffetas gommé, et déterger le cuir chevelu, à l'aide de lavages boriqués tièdes.

3° Epiler les surfaces malades (si elles ne saignent pas ou ne sont point eczémateuses), avec la pince à mors mousses de Bazin, à raison de plusieurs centimètres carrés par séance.

4° Dans l'épilation totale, procéder par ordre (d'avant en arrière) et non point irrégulièrement. Si elle est partielle, les tonsures ainsi pratiquées doivent dépasser les limites du mal de plusieurs millimètres.

5° Dans le cas où il existe des complications (eczéma, abcès ou autres), traiter et guérir celles-ci avant de combattre la teigne elle-même.

6° Laver le cuir chevelu, *non ulcéré*, avec la liqueur de Van Swieten (sublimé à 1 p. °/₀₀).

7° Appliquer la pommade suivante, au moins une fois par jour :

Vaseline	30 grammes.
Turbith minéral ou calomel . .	4 —

Le turbith minéral est employé dans les cas communs et lorsque le cuir chevelu est de *couleur normale*. Nous le remplaçons par le calomel, quand la peau est plus ou moins *rouge*. Le premier (sous-deutosulfate de mercure) est, de par sa

composition chimique, doublement antiparasitaire, mais un peu excitant. Le second est antiparasitaire, moins actif peut-être, mais, en même temps, antiphlogistique.

XIII. — Teigne tondante (Herpès tonsurans)

Définition.— Comme son nom l'indique, la teigne tondante ou herpès tonsurans est une maladie parasitaire et contagieuse du cuir chevelu, qui se manifeste par de l'*alopécie partielle* et des *tonsures* ou, plutôt, par des vides à *couleur cutanée normale* le plus souvent, mais *présentant une infinité de cheveux coupés ras.*

Etiologie. — L'herpès tonsurans est dû à la présence d'un parasite, le microsporon Audouini. La contagion, d'enfant à enfant, par les coiffures ou les peignes, est son mode de propagation le plus fréquent.

Symptômes. — Le cuir chevelu présente à considérer, ainsi que nous l'avons vu plus haut, de véritables vides ou tonsures, peu nombreux d'habitude, à la surface desquels on voit une multitude de cheveux coupés ras, comme à la tondeuse.

On y voit aussi parfois, surtout à la périphérie, mais même à l'intérieur, certaine éruption sèche et discrète, caractérisée, ici par de petites papules, là par une rougeur de faible étendue (quelques millimètres de diamètre), qui se desquame en lamelles furfuracées. Dans l'immense majorité des cas, rien de pareil ; seulement les tonsures et les cheveux cassés qui les surmontent.

Si l'on arrache un des ces cheveux coupés ras, qu'on le mette sous le champ du microscope et qu'on l'examine attentivement, on ne tarde pas à s'apercevoir de la présence du parasite, non seulement autour du cheveu lui-même et de sa racine, sous forme de gaine, mais encore à l'intérieur de l'un et de l'autre, d'où les *nodosités* ou bosselures du cheveu, la *dissociation de ses fibrilles primitives*, d'où, enfin, la *facilité de cassure à ce niveau.* Les fibrilles, ainsi dissociées et rompues, donnent à l'extrémité du cheveu l'aspect d'un petit *balai* ou d'un *pinceau.*

Comme le favus, l'herpès tonsurans peut s'accompagner d'eczéma de dentition. C'est alors que les diverses plaques, qui sont le siège du mal, prennent facilement une teinte variant du rouge vif au vineux foncé. On y observe, parfois, un léger suintement ; très exceptionnellement, une humidité et une hypersécrétion comparables à celles que nous avons décrites dans le favus.

Diagnostic. — Le diagnostic est, on le voit, relativement facile, soit à l'œil nu, soit au microscope. Les spores du tricophyton tonsurans, *ovoïdes*, ont jusqu'à *4 μ de large et 10 μ de long.*

Telle est la description, longtemps acceptée, du parasite de la teigne tondante. Mais, depuis les travaux de Sabouraud (1), on admet trois variétés qui sont :

1° La *teigne tondante à petites spores*, due au microsporon Audouini et, dans laquelle, les spores *forment une gaine* à la base du cheveu, mais *ne pénètrent point* celui-ci.

2° La *teigne trichophytique*, due au *trychophyton mégalosporon endothrix*. C'est la teigne tonsurante ordinaire.

3° Enfin, le *kérion Celsi*, dû à un *trichophyton mégalosporon ectothrix*, d'origine équine, et pyogène.

Pronostic. — Le pronostic est moins grave que celui de la teigne faveuse, en ce sens que cette dernière s'accompagne, parfois, de complications, inconnues dans l'herpès tonsurans. Il est d'autant plus grave, au point de vue de la durée de la maladie, que le traitement est commencé plus tard ou que la variété à laquelle on a affaire est à parasite endothrix (spores intracapillaires), ce qui rend les cheveux beaucoup plus cassants et l'épilation plus difficile d'abord, moins efficace ensuite.

Traitement. — Le traitement est le même que celui du favus.

Dans un cas comme dans l'autre, dans les familles comme dans les hôpitaux, *chaque* malade doit avoir sa *coiffure*, son *peigne* et son *lavabo*, *spéciaux*.

Les teigneux doivent être isolés, en temps ordinaire, des

(1) Sabouraud. Thèse de Paris 1894.

enfants bien portants. Ils devraient l'être même, si possible, en temps de maladie, de façon à éviter la contagion des teignes, si fréquente pendant la convalescence des divers états, aigus ou chroniques, qui ont nécessité l'admission des teigneux dans les salles communes de l'hôpital.

Le traitement de l'herpès tonsurans, nous l'avons dit, est le même que celui du favus. Il faut : 1° tailler les cheveux ras ; 2° épiler ; 3° appliquer les topiques, déjà indiqués au sujet du favus.

Il n'y a pas, ici, à déterger de croûtes les surfaces simplement tonsurées. Mais il est deux précautions à prendre : la première consiste à *bien épiler les poils cassés*, en les saisissant convenablement d'abord, en tirant ensuite sans secousse et perpendiculairement au cuir chevelu ; la seconde, à dépasser le mal, c'est-à-dire la tonsure, de plusieurs millimètres tout autour.

Si les cheveux cassent encore, il faudra les laisser pousser à nouveau et les épiler ainsi, isolément, *jusqu'à ce que la racine les accompagne.*

Tous les mois environ on renouvellera l'épilation, si celle-ci paraît nécessaire. On considèrera, ainsi que dans le favus, l'enfant comme guéri, lorsque les cheveux repousseront beaux et touffus, tels qu'ils étaient avant la maladie.

XIV. — **Pelade**

Définition. — La pelade est une maladie du cuir chevelu, très fréquente dans les établissements scolaires et les casernes, caractérisée le plus souvent par de *toutes petites tonsures* ou *cides alopeciques* plus ou moins nombreux suivant l'ancienneté du mal, en très petit nombre au début et toujours dépourvus de cheveux sur leur *surface entièrement glabre*, parfois aussi par une *alopécie généralisée* et occupant la presque totalité du cuir chevelu.

Etiologie. — Ce que nous en disions en 1893, au point de vue étiologique, nous devons le répéter aujourd'hui, même

après le congrès international de dermatologie tenu à Paris en 1900, avec une nuance toutefois.

Nous disions à cette époque que certains dermatologistes voient dans la pelade une *maladie parasitaire*, tandis que certains autres n'y voient qu'une *trophonévrose*.

Parmi les premiers, après le congrès de 1900, nous citerons encore Sabouraud.

Parmi les seconds et à leur tête figure M. le Dr Jacquet. Nous ne serions point surpris de voir, dans un avenir prochain, la vérité établie définitivement à cet égard et toute discussion de ce genre devenue inutile, lorsqu'il sera pertinemment démontré, ce que nous croyons sans peine, que certaines pelades sont *parasitaires* et *contagieuses*, tandis que d'autres sont d'origine *névrotrophique* et, par suite, *non transmissibles*. Le difficile et l'important sera de faire le diagnostic à ce point de vue.

Nous avons en ce moment, au service, un enfant de 13 ans atteint d'alopécie totale du cuir chevelu, à la suite d'une frayeur considérable éprouvée le jour où, pour lui faire retirer un objet tombé dans un puits, son frère, l'attachant avec une corde, l'y descendit.

S'il en était autrement que ce que nous avons dit plus haut, comment expliquer les épidémies de pelade dans les établissements d'instruction (pensionnats, écoles) ou dans les casernes? A défaut du microsporon décrit par certains auteurs, il faudrait admettre l'existence d'un autre parasite. Il semble tout naturel que ce dernier soit lui-même l'agent de la contagion. A côté de cela, il est incontestable qu'il y a des cas de pelade et surtout d'alopécie, non contagieuse et d'origine névrotrophique, analogues à celui dont nous avons parlé ci-dessus.

Le microorganisme, trouvé par quelques-uns et non par d'autres, est très petit. Il siégerait dans l'épiderme lui-même et, à ce titre, serait fort difficile ou impossible parfois à découvrir.

Quoi qu'il en soit et jusqu'à plus ample informé, nous croyons, au nom de l'observation clinique, que, s'il est des

pelades sans parasite, elles sont le petit nombre et l'exception, tandis que les pelades parasitaires et contagieuses sont légion, si on les compare aux précédentes.

Symptomalogie. — L'aspect des plaques peladiques rappelle assez celui des cicatrices du cuir chevelu, avec lesquelles on pourrait facilement les confondre *à priori*. Pas de cheveux à leur surface, pas la moindre éruption à leur niveau, la peau en est normale en apparence. De dimensions faibles (un demi centimètre environ au début), elles s'élargissent par la suite. En petit nombre d'abord (2, 3 ou 4), elles se multiplient ultérieurement.

Toutes les parties du corps sur lesquelles existent des poils plus ou moins nombreux peuvent en être le siège. Ces plaques se développent dans la barbe, sur les cils, les sourcils, le pubis, etc.

Diagnostic. — Seules, nous l'avons dit plus haut, les cicatrices du cuir chevelu et l'alopécie, qui en résulte, pourraient être prises pour de la pelade. Leur ancienneté, leur origine, leur fixité de nombre, de siège et de dimensions, ne permettront pas à l'erreur de subsister, à supposer qu'elle puisse se produire un instant.

Traitement. — Tous les moyens employés contre les teignes précédentes sont parfaitement utilisables ici, les *parasiticides* aussi bien que l'*épilation elle-même au pourtour des petites plaques peladiques*, soit que l'on veuille sacrifier des cheveux déjà peut-être malades, soit que l'on veuille élargir la surface d'action médicamenteuse.

Les excitants cutanés (teinture de cantharides), les rubéfiants, les vésicants même, qui rendent de signalés services dans certains cas, sinon dans tous, ont été un argument de plus invoqué en faveur de la théorie trophonévrosique de la pelade. Il n'est pas absolument irrévocable.

D'après Hallopeau, la contagion de la pelade ne se fait que par contact direct et non à distance, le parasite étant très adhérent. C'est à tort, d'après lui, que l'on exclut les peladiques des écoles et bureaux. Il suffit qu'ils s'y tiennent la tête couverte (1).

(1) Hallopeau. — Revue des Hôpitaux, sept. 1901, p. 429.

XV. — Tuberculose cutanée. — Lupus

La forme la plus commune de la tuberculose cutanée est, chez l'enfant comme chez l'adulte, le lupus du corps ou de la face.

Nous n'avons nullement l'intention de le décrire ici, renvoyant, pour son étude, aux traités de médecine et de dermatologie.

Nous rappellerons seulement la disposition revêtue par l'une de ses formes, le lupus érythématode, dont il nous a été donné d'observer un seul cas, disposition qu'indiquent assez clairement les deux figures suivantes et qui pourrait, à un moment donné, induire en erreur.

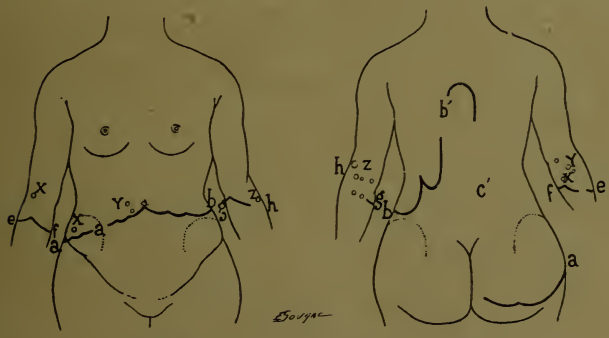


Fig. 27. Fig. 28.

Lupus érythématode chez une jeune fille de 16 ans (disposition générale de la dermatose).

a. b. Ligne d'éruption lupique entourant le corps et interrompue seulement en *a' b' c'*. *e f*, *g h*, même éruption entourant les avant-bras, à peu près à la hauteur de la précédente. — X, Y, Z, éruption punctiforme (taches ou papules de lupus érythémateux).

Nous reproduisons également, ci-dessous, la photographie d'une fillette, atteinte de lupus facial, alors que son père et sa mère, ses frères et sœurs sont indemnes de tuberculose.

Ce fait est curieux, d'abord, au point de vue étiologique et pathogénique.

Dans ce cas, le lupus survint à la suite d'une varicelle, dont un bouton resté sur la joue fut entretenu à l'état de plaie par le grattage. En outre, l'enfant fut égratignée en ce

Fig. 29. — Photographie d'une jeune fille de 10 ans, atteinte de lupus de la joue droite, au moment de son entrée à la clinique (juin 1902).

point par un chat et fit une chute sur un escalier qui lui contusionna la plaie. Enfin, dans son voisinage se trouvait un tuberculeux pulmonaire, chez lequel elle se rendait tous les jours, y passant plusieurs heures consécutives.

Il est intéressant en outre, en ce sens, qu'un eczéma facial de dentition est venu le compliquer et l'aggraver momentanément et que, de plus, il a été traité avec un certain succès par la photothérapie électrique (méthode de Finsen), à l'aide de l'appareil de M. le Dr Foveau de Courmelles.

Fig. 30. — La même après 5 mois de traitement par la photothérapie électrique (méthode de Finsen), à raison de 3 séances par semaine et avec l'appareil de M. le Dr Foveau de Courmelles.

Nous espérons, dans ce cas, obtenir une amélioration plus grande encore, peut-être même une guérison.

2me SECTION. — MALADIES DES ORGANES DES SENS

I. — Ophtalmie du nouveau-né

Définition. — On désigne sous le nom d'ophtalmie du nouveau-né une *conjonctivite purulente*, le *plus souvent gonococcique*, *contractée* par l'enfant *au moment de la naissance* et lors de son passage à travers les organes génitaux externes de la mère.

Etiologie. — *Bien des microorganismes peuvent produire l'ophtalmie du nouveau-né. Le plus communément observé et le plus efficace est sans contredit le gonocoque.* La maladie peut être aussi transmise, d'un enfant à un autre, médiatement, c'est-à-dire par l'intermédiaire des personnes de l'entourage, de celles surtout qui sont préposées aux soins des nouveau-nés, ou encore par les objets de toilette (éponge, etc.) ou de pansement.

Symptomatologie. — Les paupières, légèrement tuméfiées et rouges au début, le deviennent davantage par la suite. Un écoulement *purulent* ne tarde pas à se faire jour dans leur intervalle, sur leur bord libre et surtout aux angles, interne et externe, de l'œil.

En raison de l'étroitesse relative, à cet âge, de l'orifice palpébral par rapport au globe oculaire, le fait seul d'écarter les paupières l'une de l'autre fait sourdre, de dessous elles, du pus en quantité plus ou moins considérable. La conjonctive, si elle peut être aperçue, est d'un rouge vif.

L'ophtalmie purulente des nouveau-nés, souvent apyrétique, peut, dans certains cas, s'accompagner d'une fièvre plus ou moins élevée. Si les choses restaient en l'état et si la maladie était livrée à elle-même, il s'ajouterait bientôt, à la conjonctivite, une blépharite ciliaire plus ou moins intense ; le globe oculaire lui-même ne tarderait pas à être intéressé et rapidement surviendrait une kératite ulcéreuse plus ou moins

grave, qui compromettrait sérieusement la vision, si elle ne mettait la vie en danger par une fonte purulente de l'œil et la propagation de l'infection aux méninges et au cerveau lui-même.

Dans bien des cas, où la vie reste sauve, la cécité est la conséquence d'une ophtalmie de nouveau-né méconnue, mal soignée ou tardivement traitée. Il suffit de l'opacité de la cornée pour la produire ; or, c'est là le premier résultat de toute ulcération cornéenne cicatrisée. Tout est affaire de degré, c'est-à-dire d'étendue et d'épaisseur de la taie ainsi produite et résultant de la cicatrisation de la cornée.

Diagnostic. — L'ophtalmie purulente ne pourra guère être confondue avec une autre inflammation oculaire ou conjonctivale.

Seules, l'ophtalmie catarrhale ou même rubéolique, pourront donner le change un moment. L'erreur ne pourra pas longtemps persister, en raison des symptômes propres à l'ophtalmie purulente et, surtout, de son abondante suppuration.

La présence du gonocoque enlèvera tous les doutes à cet égard.

Pronostic. — Par ce que nous avons dit plus haut, au sujet des conséquences possibles de cette maladie oculaire, il est évident que le pronostic en est toujours grave.

L'ophtalmie purulente, même lorsqu'elle doit guérir, est constamment de longue durée. Or, aussi longtemps qu'elle persiste, elle est capable de produire les complications susmentionnées, surtout si, par ignorance ou incurie, le traitement est momentanément interrompu ou mal appliqué.

Traitement. — Il n'est pas, à notre avis, nécessaire que les moyens employés soient très énergiques. Les attouchements, disons mieux, les cautérisations avec des solutions au nitrate d'argent, même faibles, ne nous paraissent pas indispensables. Mais ce qui l'est sans conteste, ce sont de grands lavages, à l'eau boriquée saturée par exemple, pratiqués plusieurs fois dans la journée et aussi souvent que le nécessite l'état purulent de la conjonctive.

Il ne faut pas laisser séjourner sur celle-ci, même quelques instants, la moindre goutte de pus. De cette façon, on guérira la plupart des ophtalmies purulentes des nouveau-nés. Ce sont de véritables lavages à grande eau, de l'œil et des paupières, qu'il faut pratiquer, au moins 2 ou 3 fois par jour et, mieux, aussi souvent qu'il est nécessaire.

Pour cela une personne maintiendra ouvertes les paupières, renversées en dehors avec le pouce de chaque main, pendant qu'une autre, à l'aide d'une seringue dont le piston sera mû très lentement ou simplement avec du coton hydrophile exprimé au-dessus de l'œil, versera de l'eau boriquée à l'angle interne par exemple, l'enfant étant couché et légèrement incliné sur le côté correspondant à l'œil dont on s'occupe.

Si, au commencement du pansement, on a recours à la seringue, à la fin on peut recourir au coton hydrophile imbibé d'eau boriquée, simplement pour laver extérieurement les paupières et ne point laisser séjourner à leur contact la moindre gouttelette de pus.

On a, dans ces derniers temps, préconisé les lavages à grande eau dans le traitement de l'ophtalmie purulente, lavages pratiqués à l'aide d'une canule introduite sous les paupières. Le moyen est excellent en théorie et, malgré les résultats heureux qu'on lui attribue (et que l'on peut obtenir d'ailleurs sans lui), nous craignons que, placé entre des mains inhabiles, il ne soit capable de produire des lésions oculaires que ne déterminera certainement pas celui que nous préconisons et qui nous a constamment réussi. Une seule précaution est à prendre, c'est d'écarter *modérément* les paupières, pour ne pas produire des déchirures commissurales, qui ne pourraient qu'entretenir la suppuration oculaire, par laquelle elles seraient elles-même aggravées à leur tour.

II. — Otite

Définition. — L'*otite* est l'inflammation de l'une des trois oreilles : *interne*, *moyenne* ou *externe*.

De toutes *la plus fréquente*, chez l'enfant, est l'*otite suppurée externe*, qui porte sur le conduit auditif de même nom ; vient ensuite, comme fréquence, l'*otite moyenne* ou de la caisse du tympan, qui se révèle parfois, comme la précédente, par un écoulement purulent se faisant jour au dehors par le conduit auditif externe ; puis, l'*otite interne*, conséquence habituelle de l'une des deux premières et surtout de l'otite moyenne. Elle est à la fois la plus grave et, fort heureusement aussi, la plus rare.

Etiologie. — La malpropreté, l'accumulation de cérumen, la présence de corps étrangers, mais aussi l'eczéma de dentition, sont les causes les plus habituelles de l'otite suppurée externe.

L'otite moyenne s'observe parfois, sans doute, à la suite d'une otite externe, aiguë ou chronique et négligée, mais le plus souvent, au contraire, à la suite d'une angine, aiguë ou chronique, de la rougeole, de la fièvre typhoïde, de la grippe, de la pneumonie, comme au cours de ces maladies. C'est généralement par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache que s'effectue l'infection. On est appelé, par conséquent, à y rencontrer les microbes les plus divers, le plus souvent même des associations microbiennes, où dominent surtout le streptocoque et le staphylocoque.

Symptomatologie. — Pour l'otite suppurée externe, ce qui met sur la voie du diagnostic c'est l'écoulement purulent, faible ou abondant, qui se fait jour à l'extérieur de l'oreille, c'est-à-dire à la conque même de celle-ci.

Liquide et plus ou moins épais, mais fluide, dans certains cas, il est constitué par de véritables concrétions croûteuses dans certains autres. C'est à l'abondance variable de l'écoulement que sont dus ces deux aspects différents.

Dans l'otite moyenne aiguë, les symptômes que l'on observe sont un peu analogues à ceux de la méningite (céphalalgie, vomissements, délire, fièvre, etc.). Toutes les fois que, dans l'une des maladies précitées (pneumonie, rougeole, scarlatine, fièvre typhoïde, angine, etc.), nous verrons survenir ces symptômes et surtout de l'otalgie, de la surdité ou sim-

plement des bourdonnements d'oreille, avant de songer à une méningite spécifique, sans otite intermédiaire, nous devons penser, au contraire et tout d'abord, à celle-ci.

Un examen attentif nous permettra souvent de la dépister de bonne heure et de la traiter en conséquence, avant que ne se produisent, spontanément, la perforation du tympan et l'évacuation de pus, sanguinolent ou non, par l'oreille externe, solution favorable la plus habituelle et la plus normale.

Nous avons vu, même dans ces cas, se cicatriser parfois, ultérieurement, la perforation tympanique et disparaître la surdité, souvent faible, qui en résulte. On met cette perforation facilement en évidence, quand elle existe, en faisant souffler le malade (bouche fermée et nez clos). L'air expiré, passant alors par la trompe d'Eustache et trouvant une issue du côté du tympan, s'y précipite, produisant tantôt un simple souffle plus ou moins rude, tantôt un véritable gargouillement, suivant qu'il ne rencontre point, sur son passage, de liquide purulent ou qu'il en traverse au contraire une quantité plus ou moins notable.

Il ne faut pas recourir trop souvent à ce procédé d'exploration, qui s'oppose, on le conçoit sans peine, à la cicatrisation de la déchirure tympanique.

Dans ces conditions, un écoulement purulent de l'oreille externe peut se rattacher à l'existence d'une otite moyenne ou, comme nous l'avons vu plus haut, être simplement symptomatique d'une otite externe. Le diagnostic différentiel sera basé sur l'existence ou non de la perforation tympanique.

Aussitôt celle-ci produite, dans une otite moyenne aiguë, la plupart des symptômes, propres à cette dernière et que nous avons signalés précédemment, disparaissent généralement assez vite. Seule, la surdité unilatérale, qu'il ne faut pas négliger de rechercher dans ces cas, persiste encore quelque temps ou s'accuse davantage, soit momentanément, soit même définitivement.

Dans l'otorrhée chronique, pour savoir s'il s'agit d'une otite externe ou d'une otite moyenne, il est toujours besoin d'être fixé, nous l'avons dit, sur l'existence ou non de la per-

foration du tympan. Quant à la dureté de l'ouïe, elle peut tenir, même avec une otite externe, à l'oblitération du conduit, soit par tuméfaction des parois, ce qui est rare (abcès, polype, etc.), soit, ce qui est beaucoup plus fréquent, par la présence de pus ou de liquide injecté, parfois même de coton oublié à l'intérieur du conduit auditif externe.

Complications. — Il n'est pas rare de voir des accidents méningitiques aigus survenir, chez un enfant déjà atteint d'otorrhée simple ou double. Ils sont habituellement la conséquence d'une carie du rocher et de la propagation de l'inflammation ou, pour mieux dire, de l'infection (tuberculeuse le plus souvent ou même banale) aux méninges et au cerveau lui même (*oto-méningite*).

Diagnostic. — Le diagnostic des otites externe et moyenne se trouve suffisamment indiqué dans ce qui précède, pour que nous n'ayons pas à y revenir, ici, d'une manière plus spéciale.

Pronostic. — Le pronostic d'une otite, même externe, à plus forte raison moyenne ou interne, est assez sérieux.

Toute otite constitue un danger pour la vie de l'enfant, sinon toujours immédiatement, du moins dans un avenir plus ou moins éloigné, si un traitement précoce et intelligent ne parvient à l'en débarrasser rapidement. Il faut se méfier, à ce point de vue, des otorrhées, simples et surtout doubles, qui s'éternisent.

Indépendamment de l'existence du petit malade, ainsi menacée, le pédiâtre ne doit pas perdre un instant de vue la fonction de l'organe, d'autant plus compromise que la maladie est plus ancienne.

De toutes façons, on le voit, il y a indication à agir vite et énergiquement.

Traitement. — Le traitement consiste : 1° à déterger, à l'aide d'injections boriquées par exemple, l'oreille, externe ou moyenne, de tout liquide purulent. Ce sera facile, en général, pour l'oreille externe. Dans l'otite moyenne, l'insufflation spontanée de la trompe d'Eustache (voir plus haut), son cathétérisme, des insufflations d'air stérilisé avec la poire

de Politzer, enfin des injections, boriquées ou autres, avec la sonde d'Itard, etc., pourront être de la plus grande utilité.

Toutes les dermatoses du conduit auditif externe (abcès, furoncles, eczéma surtout) devront être traitées avec le plus grand soin et guéries le plus rapidement possible.

Sur les ulcérations, de la vaseline boriquée ; contre le psoriasis syphilitique, une pommade au calomel, seront des plus utiles.

L'arrachement des polypes de ce conduit, l'ablation des corps étrangers, des masses de cérumen, des bourdonnets de coton oubliés parfois depuis des années, devront être effectués sans retard. Les pansements secs trouveront aussi leurs indications spéciales.

Il sera bon d'ajouter, à ces divers traitements locaux, certaines médications générales : antisyphilitique, antiscrofuleuse, antituberculeuse, dépurative, suivant les cas.

3me SECTION. — MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

I. — Stomatites

Définition. — On désigne, sous le nom de stomatite, l'inflammation de la muqueuse buccale.

On en distingue surtout deux sortes, chez l'enfant, ce sont : la stomatite simple, la stomatite ulcéro-membraneuse. On pourrait y ajouter la stomatite médicamenteuse ou toxique, ainsi que la stomatite gangréneuse, qu'il ne faut pas confondre absolument avec le noma ou gangrène de la bouche.

La stomatite simple est une maladie fréquente dans l'enfance, soit qu'on la considère chez le nouveau-né, soit qu'on l'envisage à une période plus avancée de la vie, chez le nourrisson, par exemple, à partir de 5 ou 6 mois ou chez l'enfant plus grandet, surtout de 5 à 16 ans.

Etiologie. — Dans ces deux derniers cas, la dentition joue

le plus grand rôle au sujet de sa production. Et, même à ce point de vue, il est bon de distinguer la stomatite due à l'évolution dentaire, intra et extra-maxillaire, ou à l'éruption de la dent. Cette stomatite est généralement des plus simples.

Mais l'inflammation de la muqueuse buccale peut également tenir à la carie des dents qui sont à remplacer, carie qui précède et favorise leur chute. Dans ce cas, étant donné que le traumatisme ou l'inflammation de la gencive se produit dans des conditions différentes de celles de tout à l'heure, dans un milieu où pullulent les micro-organismes (1) et à la faveur de fragments de dents plus ou moins acérés qui en sont chargés, on voit souvent la stomatite facilement accompagnée d'abcès gingivaux, quelquefois même de véritables traumatismes des joues par interposition de la face interne ou muqueuse de celles-ci entre les deux arcades dentaires. Ainsi s'effectue non seulement la plaie traumatique, d'où souvent sphacèle de la muqueuse, mais encore son ensemencement infectieux, qu'entretient et aggrave le mauvais état ordinaire de la bouche, dans ces conditions. Nous faisons allusion, non seulement à la gingivite elle-même, mais aux fermentations, normales ou pathologiques, dont le milieu buccal et la surface des dents sont le siège.

Nous avons observé plusieurs cas de ce genre, avec haleine très fétide et aspect gangréneux ou pultacé, qui nous ont paru répondre mal aux descriptions classiques, parmi lesquelles on ne trouve point signalés des faits de cet ordre.

Nous nous sommes demandé, à leur sujet, s'il ne fallait pas voir là la stomatite ulcéro-membraneuse de Bergeron, que nous n'avons, en revanche, jamais rencontrée et dans la description de laquelle ne figurent, ni l'étiologie que nous invoquons pour les quelques cas de stomatite auto-traumatique et auto-infectieuse qu'il nous a été donné d'observer, ni, mieux

(1) L. Baumel. Leçons sur les Maladies de l'Appareil digestif. Tome II. Montpellier Coulet. Paris. Masson 1889. Micro-organismes de la bouche, d'après Vignal (en note, pages 46 et 47).

encore, la *stomatite gangréneuse* ou *stomacace maligne*, englobée à tort selon nous, en raison de sa pathogénie spéciale, dans le noma ou gangrène de la bouche.

La stomatite simple est aussi fréquente chez le nouveau-né qu'à un âge plus avancé. C'est ce que ne disent pas suffisamment, à notre avis, les traités de pédiâtrie.

Ses causes les plus habituelles sont : l'ingestion de liquides, chauds ou froids et plus ou moins sucrés (café, tisanes, lait, etc.), autres que le lait maternel ou de la nourrice, comme aussi les divers traumatismes de la muqueuse provoqués par des efforts de succion, violents et répétés, sur un sein ulcéré (fissures, etc.), mal conformé (en cupule, en bouton de manchette) ou dont la sécrétion lactée est faible.

Ce dernier fait se voit journellement, surtout chez des primipares, qui, nourrices insuffisantes pendant les premières semaines ou les premiers mois de la vie de leur nourrisson, deviennent suffisantes, par la suite, au fur et à mesure que celui-ci, plus âgé et plus fort, a besoin cependant d'une source de lait plus abondante. Un retard, dans l'établissement de la fonction (mammaire) régulière et normale, est la seule explication plausible à donner de ces faits exceptionnels, mais, encore, assez fréquents.

L'usage de téterelles (bouts de fioles, tétines) dures ou malpropres produit aussi, facilement, la stomatite.

En fait de stomatite médicamenteuse ou toxique, nous citerons, uniquement, la stomatite mercurielle.

Symptômes. — La stomatite simple se manifeste par une *rougeur plus ou moins intense*, parfois limitée à une partie de la bouche, aux gencives en particulier (gingivite) ; mais aussi, par un état saburral de la langue qui peut être ou non *rouge à la pointe et sur les bords* ; quelquefois même par du *muguet*, ainsi que nous le verrons plus loin.

On se tromperait fort si l'on cherchait, partout et toujours, une rougeur plus ou moins vive et généralisée à toute l'étendue de la cavité buccale ou même limitée à la pointe et aux bords de la langue.

Les quelques symptômes que nous venons d'indiquer,

coexistant le plus souvent avec certains troubles gastro-intestinaux et, sinon avec des vomissements et de la diarrhée verte, du moins avec de l'anorexie et des évacuations alvines plus liquides et plus fréquentes qu'à l'ordinaire (3 ou 4 en moyenne dans les 24 heures), suffiront à faire porter le diagnostic de stomatite simple et légère.

Généralement, à ces symptômes s'ajoutera aussi une haleine un peu *forte* ou même un peu *fétide*, d'une manière permanente et plus particulièrement encore au réveil.

Quant à la stomatite mercurielle, elle est caractérisée par une *salivation extrêmement abondante et par un liseré blanchâtre occupant le bord libre des gencives, parfois même par de la fièvre.*

Diagnostic. — Les doutes et les hésitations, que l'on pourrait avoir à porter le diagnostic de stomatite simple dans l'âge le plus tendre, n'existeront plus au contraire et n'auront plus de raison d'être lorsqu'on se trouvera en présence d'enfants plus avancés en âge, principalement au-dessus de 5 ans. Car, les symptômes que nous avons énumérés ci-dessus sont alors beaucoup plus marqués. La salivation, le liseré gingival, les commémoratifs, feront porter le diagnostic de stomatite mercurielle, que nous avons vu confondre (chez un rachitique de 14 ans, traité comme syphilitique et qui avait de la fièvre) avec la fièvre typhoïde ou la colibacillose, pour lesquelles on l'avait envoyé dans notre service.

Pronostic. — Autant la stomatite simple inspire peu d'inquiétude, à tort généralement ; autant la stomatite gangréneuse, à haleine fétide et repoussante, en inspire beaucoup, à tort également.

C'est à peine, en effet, si l'on diagnostique l'une tandis que l'autre se révèle, à distance, à l'observateur même le moins attentif ou le plus inexpérimenté.

Or la première, que l'on observe chez des sujets très jeunes et dans les premiers temps de la vie pour ainsi dire, qui s'accompagne si fréquemment de muguet et de troubles gastro-intestinaux, au moment où les acquisitions journalières en poids doivent être les plus fortes (25 à 30 grammes par

jour) et où l'organisme est le plus faible, doit être tenue pour plus redoutable que la seconde. Elle nécessite, de la part du pédiâtre, non seulement de la rapidité de diagnostic, mais encore une grande dextérité dans le traitement, parfois plus dangereux que le mal lui-même à cette période de l'existence (quelle que soit d'ailleurs la maladie à combattre), quand il est dirigé par des mains inhabiles ou entouré de l'ignorance profonde des règles les plus élémentaires de la médecine infantile.

Traitement. — Le traitement de la stomatite, simple ou compliquée, est on ne peut plus facile.

La première indication à remplir est d'éviter tout d'abord les causes qui la produisent, surtout quand ces causes sont d'ordre externe. Elles doivent être, dans chaque cas particulier, déterminées avec le plus grand soin et la rigueur la plus sévère possible.

Cette première indication remplie, la stomatite guérira souvent d'elle-même et sans autre intervention.

On règlera les tétées, suivant l'âge de l'enfant. La non observance de cette règle fondamentale peut être à elle seule une cause de stomatite, surtout si le lait de la nourrice est beaucoup plus âgé que le nourrisson, disproportion que l'on doit éviter autant que faire se peut.

On ne devra donner que le sein exclusivement.

Souvent l'existence d'une stomatite simple, accompagnée ou non de muguet, *nous a fait obtenir l'aveu qu'on donnait à l'enfant autre chose* (lait animal, tisane, etc.), *alors que primitivement et inconsciemment sans doute*, c'est-à-dire sans intention formelle de nous tromper, *il nous avait été répondu qu'on donnait seulement le sein à l'enfant.*

S'il existe des dents cariées, de première dentition ou de lait, on doit en favoriser la chute le plus tôt possible, les arracher au besoin. La chose est facile d'ordinaire. Un *coup de pouce nous a suffi bien souvent pour faire tomber*, dans ces conditions, *une dent, déjà ébranlée* par celle qui doit la remplacer et qui la refoule en évoluant elle-même.

Si nous ajoutons que les racines de ces dents de lait sont

à peu près nulles et déjà usées par la compression, on jugera mieux encore de l'extrême facilité avec laquelle on peut les enlever aussitôt qu'elles sont ébranlées. Les abcès, s'il en existe, seront ouverts. Les plaies, gangréneuses, pultacées et blafardes, seront surtout détergées et, au besoin, cautérisées au crayon de nitrate d'argent.

Chez les enfants au-dessous de 2 ans, on étendra sur la langue trois fois par jour, à l'aide d'un pinceau, un peu du collutoire suivant :

Borate de soude. .	}	ãã 10 grammes
Miel rosat.	}	

Il est préférable, autant que faire se peut, de porter le collutoire directement sur les parties malades. Si l'indocilité des enfants ne le permet pas, la chose n'est nullement obligatoire; car, les petits malades promènent eux-mêmes, dans toute leur cavité buccale, le collutoire déposé simplement sur la langue.

Nous y joignons assez souvent la potion à l'eau de chaux, appelée par nous *potion du muguet* (V. plus loin), en raison de la facilité avec laquelle on voit survenir pareille complication dans ces cas.

Après cet âge même, l'alimentation liquide est de rigueur, la mastication étant plus ou moins douloureuse ou difficile.

Aussi souvent que la chose est possible, l'antisepsie de la bouche doit être pratiquée. Nous nous sommes bien trouvé, à ce point de vue, de l'eau boriquée saturée, en lavages buccaux, effectués par le malade après chaque repas, c'est-à-dire environ quatre fois par jour.

Il en est de même du chlorate de potasse, administré sous forme de potion-gargarisme et de la manière suivante :

Sirop de mûres . .	}	ãã 20 grammes.
Miel rosat.	}	
Eau.		110 —
Chlorate de potasse de 2 à 5 grammes suivant l'âge		

à raison d'une cuillerée à bouche, gargarisée et avalée, toutes les trois heures.

Sous l'influence des cautérisations, des lavages, du chlorate de potasse enfin, les plaies, dont l'aspect est le plus repoussant, se détergent, s'améliorent, deviennent rosées et bourgeonnantes, cicatrisent facilement et rapidement, laissant après elles une tache plus ou moins rouge, dont la coloration s'atténue de jour en jour pour faire place à la couleur normale de la muqueuse.

Le traitement de la stomatite mercurielle consiste en : la suppression des mercuriaux, l'usage du chlorate de potasse, du collutoire, au besoin même de l'iodure de potassium. C'est grâce à l'emploi de ces divers moyens que nous la vîmes rapidement disparaître, ainsi que la fièvre d'ailleurs, chez le rachitique de 14 ans, dont nous avons parlé plus haut.

Prophylaxie. — Qu'il nous soit permis d'indiquer, à ce sujet, combien les soins hygiéniques de la bouche sont négligés de nos jours, surtout chez les enfants des classes pauvres et laborieuses, d'où le mauvais état de leurs dents d'abord, de leur cavité buccale ensuite.

On nous objectera que la pauvreté explique ou excuse ce défaut de soins. Il faut si peu de chose pour les prendre : une brosse, de la poudre de charbon végétal et de l'eau. Le tout est, semble-t-il, facile à se procurer, tout aussi facile, sinon plus, que le tabac ou l'alcool dont usent journellement beaucoup d'enfants d'ouvriers, d'une façon par trop précoce. C'est précisément parmi ceux que nous avons à soigner, lorsqu'ils sont malades, à la clinique des enfants, que nous avons fait cette pénible constatation.

La brosse ne doit pas être passée tous les jours, son usage immodéré déchausse les dents, mais on peut la passer deux fois par semaine, par exemple, et se contenter, le reste du temps, de rincer la bouche, au moins une fois par jour sinon deux, avec de l'eau boriquée ou, simplement, avec de l'eau bouillie et stérilisée, ce qui est à la portée de tous.

II. — Muguet

Définition. — On désigne, sous le nom de *muguet* (autrefois *blanchet* ou *stomatite crémeuse*), une maladie, très commune dans la plus tendre enfance, qu'on observe comme complication de bien des états, aigus ou chroniques, et qui est caractérisée par le développement d'un parasite, l'*oïdium albicans*, ainsi dénommé et décrit par Ch. Robin. On peut le rencontrer aux divers âges, même dans la vieillesse, mais avec beaucoup moins de fréquence que dans l'enfance.

Étiologie. — L'oïdium albicans a paru longtemps l'unique cause du muguet. Les auteurs classiques et les cliniciens y ont, depuis sa découverte et de nos jours encore, attaché avec juste raison une grande importance.

Il se compose de *mycélium* et de *spores*, de *6 à 8* μ, faciles à reconnaître à l'examen microscopique.

Mais il a toujours paru qu'à côté de la *graine*, il fallait tenir compte du *terrain* ou, si l'on préfère, du *milieu* constitué, pour certains auteurs, par un état acide particulier de la bouche.

Gubler fut un des premiers à soutenir cette opinion, que corroborait l'état d'acidité habituel de la cavité buccale chez l'enfant, en raison de l'alimentation exclusivement lactée et de la fermentation lactique des particules de lait restées dans la bouche. Cette opinion ne rencontrait qu'une difficulté, c'était de donner l'explication de l'absence du muguet, non seulement chez l'enfant normal, mais encore chez un grand nombre de petits malades.

Parrot soutient cette opinion de toute l'autorité de son nom. Il nous indique même dans son remarquable traité sur l'*athrepsie*, qu'il a rencontré le muguet, non seulement dans la *bouche*, l'*œsophage* et l'*estomac*, mais encore dans le *gros intestin*, *surtout dans le cœcum*, *jamais dans l'intestin grêle.*

La raison de cette différence réside tout entière, d'après

lui, dans ce fait que les premiers milieux sont *acides*, tandis que le dernier est *alcalin*.

Parrot a absolument raison, si l'on considère ces divers milieux à l'état normal. Mais, à l'état pathologique, ne savons-nous pas et ne constatons-nous pas journellement que les diverses cavités muqueuses deviennent, sous l'influence de l'inflammation, chimiquement le contraire de ce qu'elles étaient auparavant? Le milieu gastrique lui-même ne devient-il pas souvent, dans ces conditions, alcalin, et le milieu vaginal acide?

Ne nous apprend-on pas, en pédiâtrie, que la diarrhée *verte*, que l'on rencontre si communément dans l'entérite, tient à l'acidité particulière du contenu intestinal? N'est-ce pas l'intestin grêle qui en est le plus souvent responsable, étant donné qu'il est plus fréquemment et plus habituellement le siège de l'inflammation?

Ce qui explique, à notre avis, que l'intestin grêle est généralement dépourvu de muguet, ainsi que l'a fait justement remarquer Parrot, c'est moins parce que ce milieu est invariablement alcalin, que par suite des contractions péristaltiques plus fréquentes, dont il est le siège à l'état inflammatoire, et des lavages continus, effectués à sa surface par le passage incessant des substances liquides, qui le traversent bien plus souvent et en plus grande abondance qu'à l'ordinaire.

Rien d'étonnant, au contraire, à ce qu'on le rencontre plus communément ou plus facilement dans le gros intestin, où les replis falciformes le retiennent beaucoup plus aisément, et surtout dans le cœcum, en raison de la déclivité de celui-ci et de la marche des matières dans son intérieur, en sens inverse de l'action de la pesanteur, ce qui en explique à la fois la stase ou le ralentissement, conditions favorables au développement du parasite.

Les expériences de laboratoire sont venues, à leur tour, ruiner la théorie de l'acidité. *On est* en effet *parvenu* (Audry) à *faire se développer* et *pulluler l'oïdium albicans dans un milieu alcalin.*

Bien que ce développement s'y effectue peut-être moins bien que dans un milieu acide, il n'en faut pas moins reconnaître que le milieu alcalin, loin de s'opposer à la pullulation du parasite, ainsi qu'on l'avait cru, le permet, contrairement à l'opinion émise de tous côtés à cet égard.

En présence de ces contradictions flagrantes, *nous avons depuis longtemps cherché ailleurs et trouvé, croyons-nous, la véritable raison du développement, facile dans certaines conditions, du muguet, à l'intérieur de la cavité buccale chez l'enfant.*

Nous avons été frappé tout d'abord de le voir se produire assez communément au cours de tout état fébrile, mais surtout à l'occasion de l'évolution dentaire (fébrile ou non), ce qui nous l'a fait même comprendre dans les accidents de dentition (1).

Nous l'avons expliqué par la production, à ce moment-là, d'une gingivite d'abord, puis d'une stomatite et d'une glossite, plus ou moins légères. De là, une desquamation anormale de l'épithélium muqueux, qui offre une surface plus ou moins rugueuse.

Cela tient, d'une part, à l'inflammation elle-même ; d'autre part, à la difficulté ou à la lenteur, pour certaines cellules épithéliales en partie détachées, de tomber entièrement.

Ce sont ces *inégalités inflammatoires et cellulaires de la muqueuse qui constituent l'obstacle le plus sérieux au glissement des spores du muguet* portées par l'air à leur niveau, *d'où rétention facile de celles-ci et pullulation rapide du parasite.* Voilà, d'après nous, la véritable raison de la complication due à la présence de l'oïdium albicans, qui, une fois développé, ne tarde pas à envahir les diverses parties de l'appareil digestif, plus ou moins aptes à le recevoir et que nous avons énumérées plus haut. Il peut même exercer une influence sur l'état général du sujet par ses produits de sécrétion (Charrin).

(1) L. Baumel. Accidents de la première et de la seconde dentition. Leçon recueillie par L. Réfrégé, Montp. Méd. 1894. Voir aussi la thèse de M. le Dr Boïadjief sur le Muguet, Montpellier, 1899.

Evidemmemment le parasite est indispensable, mais le sont tout autant, selon nous, les condilions de milieu que nous venons de décrire.

Symptomatologie.— Le muguet, pour un œil tant soit peu exercé, est facile à reconnaître, quel que soit le degré de son développement.

L'enfant, qui en est atteint, laisse généralement sa bouche béante ; sa langue est souvent projetée au dehors, en été surtout. Il semble que le petit malade recherche ainsi la fraîcheur de l'air extérieur, qui doit lui être agréable. Il exécute certains mouvements, de la langue, des lèvres ou des joues, qui pourraient faire songer aux grimaces de la méningite et qui ont pour but de débarrasser ces organes des enduits parasitaires qui les recouvrent.

A un premier degré, le muguet se présente sous forme de très *fines granulations blanches*, qui s'observent surtout sur la langue, mais que l'on peut rencontrer sur d'autres points du milieu buccal (face interne des lèvres et des joues, gencives, etc., etc.). C'est sur la langue qu'il débute d'ordinaire et qu'on le reconnaît le plus aisément.

A un second degré, une *légère couche blanche*, d'étendue variable, recouvre, comme un enduit, les muqueuses buccale et linguale.

Enfin, à un troisième degré, à côté de certaines parties, offrant les caractères que nous venons d'indiquer, se trouvent des *surfaces* comme *dénudées de leur épithélium*, comme râclées par un couteau, par exemple. C'est la chute des plaques du muguet qui leur donne cet aspect, offrant les dispositions les plus variées : circulaire, partielle ou générale. C'est peut être, même, à cet état que l'on a appliqué la dénomination de *glossite exfoliatrice*.

Dans la forme générale ou totale, l'aspect de la langue se rapproche, jusqu'à un certain point, de celui de la langue scarlatineuse, lorsqu'elle est entièrement dépouillée de son épithélium desquamé.

Si l'enfant ingère, en potion ou en boisson, des substances plus ou moins colorées (quinquina, vin, jus de pruneaux), les

divers enduits buccaux (saburres), même ceux du muguet, peuvent momentanément être colorés par elles. Le médecin doit avoir ce fait présent à l'esprit et ne pas s'en laisser imposer par ces diverses colorations.

Diagnostic. — Le diagnostic du muguet sera toujours facile, pour un pédiâtre tant soit peu exercé. Souvent l'entourage du malade le portera lui-même. Il sera bon toutefois qu'il soit précédé dans cette voie par le médecin. Ce sera généralement ainsi, à condition que ce dernier songe, dans bien des cas, à la possibilité de l'existence du mal et qu'il examine attentivement le petit patient à ce point de vue.

L'état saburral est moins blanc, plus jaune ou gris sale. Le lait est caillebotté et même ses petits caillots, plus ou moins circonscrits, sont difficiles à prendre pour du muguet.

Les vomissements, le grincement des dents dû à l'évolution dentaire, la fièvre, les convulsions, s'ajoutant au mâchonnement, pourront faire songer, nous l'avons déjà dit, à la méningite aiguë, qu'un peu d'habitude de la pédiâtrie fera écarter aussitôt. Enfin l'examen microscopique de l'exsudat viendra lever le doute qui pourrait exister à cet égard.

Pronostic. — Le pronostic du muguet, sans être très grave, est cependant sérieux. Il est en rapport : 1° avec le jeune âge de l'enfant ; 2° avec la maladie au cours de laquelle il s'est développé ; 3° avec l'hygiène alimentaire du malade ; 4° enfin, avec le traitement institué pour le combattre.

Bien traité, il est, par lui-même, généralement bénin. Il guérit assez facilement, quand il est lié à l'évolution dentaire. Il reparaît, avec elle, très aisément.

Beaucoup d'enfants ne refusent le sein ou l'alimentation que parce qu'ils ont leur langue encroûtée de muguet, ce qui gêne considérablement ses mouvements et surtout la succion.

Traitement. — Le traitement du muguet est extrêmement simple. Comme aliment, du lait tiède sera administré toutes les 3 heures. *On évitera toute boisson ou trop chaude ou trop froide, cause fréquente de stomatite*, nous l'avons dit plus haut, et, *par conséquent, de muguet.*

On surveillera et l'on traitera au besoin les seins de la nour-

rice, qui sera remplacée. si l'on considère qu'elle est et restera insuffisante, à plus forte raison si elle est reconnue mauvaise.

Si l'on se sert de *tétine* pour administrer le lait à l'enfant, *on veillera à ce qu'elle ne soit ni trop dure, ni altérée, à ce qu'elle soit surtout aseptique* (plongée dans l'eau boriquée renouvelée après chaque tétée).

Enfin, il est deux indications fondamentales à remplir :

La première consiste à *déterger les surfaces* de la cavité buccale recouvertes de muguet.

La deuxième, à *empêcher ou à arrêter l'extension, la généralisation du parasite, aux autres parties des voies digestives.*

On répondra à la première par l'emploi d'un collutoire avec :

Borate de soude. .	āā 10 grammes
Miel rosat.	

que l'on appliquera trois fois par jour, à l'aide d'un pinceau, sur les parties atteintes. Il suffit généralement de faire ouvrir la bouche du petit malade et d'essuyer rapidement, mais non brusquement, le pinceau sur la langue. L'enfant se charge ensuite de répandre le collutoire dans toute la bouche, en raison du goût sucré et agréable qu'il lui trouve.

Ne jamais pratiquer ces applications sans voir ce que l'on fait. *Se garder surtout d'aller d'un seul coup brusque au fond de la bouche.* Nous avons vu, fréquemment, cette pratique suivie *d'ulcérations au palais, ulcérations purement traumatiques, produites par le pinceau introduit d'une main maladroite et brutale.* Ces ulcérations guérissent, par le même moyen, mais elles compliquent la situation en ce sens que l'alimentation est, par elles, rendue plus difficile ou même impossible.

La deuxième indication sera remplie à l'aide de la potion suivante :

Eau seconde de chaux.	āā 60 grammes
Eau de laitue	
Sirop simple	30 —
Teinture de musc. . .	IV gouttes

que l'on donne à raison de deux cuillerées à café, au milieu de l'intervalle des tétées, chez les plus jeunes enfants (c'est-à-dire toutes les deux heures) et jusqu'à une cuillerée à bouche, toutes les trois heures (une heure et demie après la tétée ou la prise de lait), chez les plus grandets.

III. — Aphtes

Définition. — Les aphtes sont de *petites ulcérations arrondies*, de la *dimension de la tête d'une grosse épingle*, que l'on trouve *disséminées* à la *surface de la muqueuse buccale*, dans les points les plus divers.

Etiologie. — La *contagion* est la cause ordinaire de la propagation du mal. Non seulement les aphtes sont transmis d'enfant à enfant ou d'adulte à enfant, mais, souvent aussi, ils ont une origine exclusivement animale.

C'est principalement par le lait de vaches, atteintes de la fièvre aphteuse, que se propagent les aphtes et qu'éclatent certaines épidémies, d'abord circonscrites à ceux qui font usage du lait contaminé.

Un parasite a été rendu, dans ces derniers temps, responsable de la contagion et de la maladie elle-même.

Pour les raisons étiologiques et pathogéniques que nous venons de donner, tout nourrisson en est généralement à l'abri, à condition qu'il soit exclusivement élevé au sein et qu'il n'existe pas de cas dans son entourage. Pour que la contagion ait lieu il faut un contact assez immédiat (objets de vaisselle, jouets, etc.).

Symptomatologie. — De petites ulcérations, arrondies, comme nous l'avons dit plus haut, et à fond jaunâtre, sont observées sur la muqueuse buccale, du côté de laquelle l'attention est attirée par les douleurs qu'éprouve l'enfant au moment de l'alimentation, s'il est grandet (ce qui est le cas de beaucoup le plus fréquent) ; par le refus de toute alimentation, même liquide, dans le cas contraire.

Le *froid*, comme le *chaud* et le *simple contact*, *exagérant la douleur* des petits malades, ceux-ci en arrivent à refuser tout aliment ou à peu près. Les plus jeunes, n'étant point capables d'en rendre compte, traduisent leurs souffrances, à ce moment-là, par des cris redoublés et tout-à-fait significatifs.

Parfois il existe une fièvre plus ou moins intense, principalement avant l'apparition des aphtes dans la bouche, rarement pendant qu'ils existent, exceptionnellement après.

Leur siège le plus habituel est : la face interne des lèvres ou des joues, la pointe et les bords de la langue. Leur nombre est généralement très limité (3 ou 4).

Diagnostic. — Les aphtes, quand on les aura bien vus et observés une première fois, ne seront plus confondus avec d'autres ulcérations, en raison de leurs caractères et de leur forme pour ainsi dire pathognomonique.

Les *ulcérations syphilitiques*, qu'on observe à ce niveau, sont généralement *blafardes*, *sanieuses*, *irrégulières comme bords et comme aspect*, tout à fait différentes des aphtes, par conséquent.

Ce que nous avons dit précédemment de la *stomatite ulcéro-membraneuse* nous dispense d'y revenir maintenant. Elle n'a rien toutefois, dans sa symptomatologie, qui puisse rappeler les aphtes.

Nous verrons, dans un instant, combien la *maladie de Riga* se distingue de ceux-ci, par sa *gravité*, son *siège*, son *ulcération unique*, *ainsi d'ailleurs que l'ulcération du frein de la langue* que l'on *observe dans la coqueluche* et qui présente, de très loin, certaines analogies avec cette redoutable maladie.

Pronostic. — Les aphtes constituent généralement une affection bénigne. Leur pronostic ne deviendrait sérieux que si toute alimentation était rendue définitivement impossible, ce qui ne s'observe pour ainsi dire jamais. La gravité dépend précisément du degré plus ou moins faible de cette alimentation, du nombre et de l'étendue des ulcérations buccales. On en observe rarement plus de 5 à 6 ; elles sont d'ordinaire de petite dimension (4 à 5 millimètres de diamètre).

Traitement. – La potion gargarisme au chlorate de potasse, que nous avons formulée précédemment au sujet de la stomatite (voir page 269), les attouchements au collutoire boraté, que nous avons conseillés dans le muguet, et les lavages boriqués, effectués principalement aussitôt après le repas, constituent le traitement le meilleur à diriger contre les aphtes, que nous avons toujours vu rapidement et radicalement guérir par son usage.

IV. — Ulcération sublinguale (maladie de Riga)

Définition. — La maladie de Riga n'est pas autre chose qu'une ulcération développée au-dessous de la langue et au niveau de son frein. Elle porte le nom de celui qui l'a décrite le premier.

Etiologie. — Nous ne connaissons pas au juste la nature de cette ulcération. Nous nous demandons si une cause commune (tuberculose, syphilis, traumatisme, etc.) ne pourrait pas la produire, ce que nous croirions assez facilement.

Il résulte des observations de Cardarelli, de Riga, de Pianese, de Fede, de Giardè, de Nota, de Boccardi, de Concetti, qu'il s'agit là d'un ulcère cachectique (1).

Symptomatologie. — Une ulcération plus ou moins arrondie, cupuliforme et à base indurée, siégeant au niveau du frein de la langue et rappelant de loin l'aspect du chancre induré, telle est la lésion qui caractérise la maladie de Riga, dont nous n'avons vu qu'un exemple, d'ailleurs suivi de mort, chez un nouveau-né (2).

(1) Voir, sur ce sujet, le travail intéressant de Luigi Concetti, intitulé : Sulla produzione sottolinguale dell' infanzia (Communicazione al II congresso Pediatrico Italiano tenuto in Napoli nell', ottobre 1892).

(2) La mère et l'enfant ne restèrent qu'un jour et demi à l'hôpital, ne nous donnant le temps ni d'observer ni de traiter ce cas. L'enfant mourut chez lui quelques jours après.

Diagnostic. — Il n'y a guère que l'ulcération du frein, si commune dans la coqueluche, que l'on pourrait, à un examen superficiel, confondre avec la maladie de Riga. L'existence ou l'absence de la coqueluche, commune ou même anormale (à forme de spasme glottique et telle que nous l'avons décrite et expliquée chez le nourrisson dès 1895) (1), mettra rapidement sur la voie.

Pronostic. — Ce qui aggrave, à notre avis, la maladie de Riga, c'est moins la nature de l'ulcération que son siège rendant impossible l'allaitement naturel, que l'on doit remplacer aussitôt par l'allaitement artificiel, sous peine de voir l'enfant succomber à l'inanition secondaire, plus à redouter selon nous, que la cachexie primitive, laquelle n'est rien moins que démontrée.

Traitement. — Le traitement consiste : 1° à surveiller et à favoriser l'alimentation, au besoin par l'allaitement artificiel et le gavage, ou par l'usage de la cuiller pour administrer le lait de la nourrice ; 2° à recourir aux applications de collutoire boraté et, même, aux cautérisations : nitrate d'argent, fer rouge, isolément ou simultanément employés.

V. — Angines. — Angine tonsillaire

Les angines sont des inflammations de la gorge. De toutes les angines observées dans l'enfance la plus fréquente est, sans contredit, l'angine tonsillaire ou inflammation de l'amygdale. On distingue : 1° une amygdalite aiguë ; 2° une amygdalite chronique.

1° Amygdalite aiguë

Définition. — L'amygdalite aiguë est, comme son nom

(1) L. Baumel. La coqueluche anormale du nourrisson, in *Nouv. Montp. Méd.* 1895.

l'indique, l'inflammation aiguë des amygdales. Elle est unilatérale le plus souvent, bilatérale quelquefois.

Etiologie. — Les causes les plus ordinaires de l'amygdalite aiguë sont le *froid* et *l'infection locale*, d'autant plus facile à se produire que les amygdales sont constituées par une infinité de cryptes, au fond desquelles peuvent aisément se développer les divers éléments infectieux (streptocoques en particulier) qui pullulent à l'état normal dans la bouche de tout enfant.

On l'observe principalement lorsque ces éléments infectieux sont retenus dans les cryptes et que celles-ci sont incapables, momentanément et pathologiquement, de déverser leur contenu habituel et pultacé à la surface de l'amygdale, qu'elles aient été ou non impressionnées par le froid.

Cette action peut s'exercer *directement* par l'air inspiré ou, au contraire, *indirectement*. C'est surtout par le froid aux pieds et aux membres inférieurs que surviennent la plupart des angines dites *a frigore* et, en particulier, l'amygdalite aiguë.

On voit aussi l'angine, superficielle et légère, souvent liée à l'évolution dentaire.

Symptomatologie. — Elle se traduit par une douleur plus ou moins aiguë, siégeant à la gorge et qu'exagèrent le simple passage ou contact d'un air frais, d'un liquide froid ou chaud, mais surtout les mouvements de déglutition quelque faibles qu'ils soient, qu'ils aient pour but l'ingestion d'une boisson ou d'un aliment quelconque, même liquide, ou encore simplement de faire avaler au petit malade sa salive, dont la sécrétion est rendue plus abondante par le fait de l'inflammation gutturale et par la sensation constante d'un besoin de déglutir.

Cette douleur est uni ou bilatérale, suivant que l'inflammation n'occupe qu'un côté ou les deux à la fois. Même dans ce dernier cas, elle est généralement plus marquée d'un côté que de l'autre, en raison de la différence d'intensité de l'inflammation à droite et à gauche.

L'amygdalite peut s'accompagner de la présence, à la

région cervicale latérale, d'un ou plusieurs ganglions lymphatiques hypertrophiés et enflammés, nous pourrions dire infectés. Mais que ces ganglions soient ou non très évidents, ce qui l'est davantage, c'est la *sensation de tuméfaction perçue extérieurement, au niveau de l'amygdale*, par les doigts qui l'explorent et *la douleur provoquée par cette exploration même.*

Pour examiner la bouche, si l'enfant est tout jeune, on lui saisira le nez à l'aide du pouce et de l'index droits qui, serrant latéralement les ailes de l'organe et les rapprochant de la cloison, l'obtureront de la sorte aisément.

Le petit malade ouvrira alors, fatalement et instinctivement, la bouche. A ce moment-là, avec un abaisse-langue ou, à défaut, le manche d'une grande cuiller, on déprime la langue jusqu'à sa base et l'on aperçoit ainsi facilement l'isthme du gosier, plus ou moins rouge dans son ensemble ou, plus spécialement au contraire, dans quelques-unes de ses parties ; enfin, plus ou moins oblitéré ou obstrué par la saillie, proéminente en dedans, d'une ou des deux amygdales.

Il existe parfois une *salivation assez abondante* pour donner lieu à une *sorte d'expuition* presque continue, le malade préférant laisser couler au dehors cette salive ainsi hypersécrétée que d'exécuter, pour l'avaler, des mouvements de déglutition, souvent fort douloureux dans ces conditions. C'est pour la même raison qu'il refuse parfois obstinément toute boisson alimentaire ou médicamenteuse.

A l'aspect signalé plus haut et qui consiste en une rougeur inflammatoire plus ou moins vive et plus ou moins étendue, ainsi qu'en une tuméfaction uni ou bilatérale plus ou moins forte, s'ajoute souvent un enduit blanchâtre et pultacé, recouvrant tout ou partie de l'amygdale et, même, de l'isthme du gosier.

Cet enduit n'est autre que le produit de sécrétion exagéré des amygdales. C'est lui qui, à un examen superficiel et pour un pédiâtre peu expérimenté, donnerait le change avec les fausses membranes, que l'on observe dans l'angine couenneuse ou diphtérique, dont nous aurons bientôt à nous occuper.

L'*exploration* de l'amygdale, *à l'aide du doigt introduit dans la bouche*, que l'on effectue assez facilement chez l'adulte, à condition que les maxillaires puissent s'écarter l'un de l'autre, sera plus difficile à pratiquer chez l'enfant. Elle ne sera point impossible toutefois, soit que le petit malade ait assez d'intelligence et de volonté pour s'y prêter, soit qu'il faille agir rapidement et par surprise, lorsque la bouche est maintenue ouverte par l'occlusion du nez, telle que nous l'avons précédemment conseillée. Cette exploration pourrait, à la rigueur, être favorisée par l'interposition d'un corps étranger (cuiller, bois, liège) entre les arcades dentaires et du côté opposé à celui qu'on explore. Cette pratique est souvent inutile et toujours dangereuse. On ne doit, par suite, y recourir que dans des cas tout à fait exceptionnels.

Le *toucher intrabuccal* est *on ne peut plus utile* pour juger de *l'état d'induration ou de fluctuation* de l'amygdale. états dont la constatation donne lieu à des *indications fort différentes*, on le conçoit sans peine.

Parfois une *dyspnée* plus ou moins intense, provenant de la gêne apportée à la pénétration de l'air aussi bien par la voie nasale que par la voie gutturale, est observée. Elle tient aussi, dans certains cas, à la *participation au gonflement* (œdème, congestion, inflammation) des parties *avoisinantes* (pharynx, abcès rétropharyngiens), de la *glotte elle-même*.

La fièvre est plus ou moins intense, dans ces conditions. Elle s'élève facilement à 40° ou 41°, après avoir débuté plus modestement toutefois, par 38° ou 38°5 par exemple. La voix est nasonnée et presque caractéristique. La terminaison peut se faire, soit par résolution, soit par suppuration, soit même par passage à l'état chronique.

Diagnostic. — Le diagnostic découle tout naturellement de la description que nous venons de faire de l'amygdalite aiguë.

Quand il constate, *avec de la fièvre intense* (39°, 40°, 41°), une *angine aiguë*, le pédiâtre doit songer à l'existence possible d'une *scarlatine*. Les *commémoratifs* (fièvre moins forte au début, etc.) aideront toutefois à établir le diagnostic différentiel. La *brusquerie dans les accidents aigus et, en particulier,*

dans l'intensité de la fièvre plaideront plutôt, à défaut même d'éruption, en faveur d'une scarlatine. L'éruption viendra bientôt, d'ailleurs, trancher toute difficulté.

A tout prendre, *l'angine de la scarlatine* est *généralement plus étendue à l'isthme du gosier* et *moins violente d'ordinaire comme symptomatologie. Elle est aussi d'un rouge plus uniforme.* Même en présence d'exsudations douteuses, la *diphtérie* sera vite écartée, en dehors de tout autre caractère pathognomonique, par la recherche et la culture bactériologiques, dénotant l'absence du microbe de Klebs-Löffler et la présence, le plus souvent isolée, de streptocoques.

Pronostic. — Quelqu'intense que soit l'amygdalite, suppurée ou non, elle se termine habituellement par la guérison, absolue ou relative. *Les récidives sont fréquentes, ainsi que le passage à la chronicité.* Au moment où les symptômes sont le plus marqués, surtout s'il y a abcès de l'amygdale, ce qui a lieu habituellement dans ce cas, la guérison et la détente sont souvent proches. Elles suivent immédiatement, d'ordinaire, l'ouverture spontanée ou provoquée de l'abcès. Celle-ci s'effectue parfois silencieusement et ne se révèle que par la présence du pus dans la salive ou dans les mucosités qui l'accompagnent; parfois aussi, par une odeur fétide et *sui generis*, exhalée par l'haleine du petit malade.

Traitement. — Le traitement, on le conçoit, varie suivant que l'inflammation de l'amygdale s'accompagne ou non d'abcès tonsillaire.

Dans les deux cas, les *antiphlogistiques*, les *diaphorétiques*, les *diurétiques*, sont parfaitement indiqués. Le séjour au lit, les boissons chaudes et abondantes (bouillon, lait, tisane), répondent aux deux dernières indications ci-dessus.

Une légère application de sangsues à l'angle de la mâchoire (sangsues dont le nombre varie, suivant l'âge du sujet, de 1 à 4), les *laxatifs* doux, les *purgatifs* au besoin, le *calomel fractâ dosi*, permettent de répondre à la première.

Quant à l'abcès, il demande, aussitôt perçu, l'évacuation. On procède à celle-ci à l'aide d'un bistouri dont la lame tout entière, sauf la pointe, est enveloppée soigneusement de toile

ou de taffetas. Ce bistouri est glissé sur le doigt indicateur, primitivement introduit dans la bouche et servant de guide à l'instrument jusqu'au point fluctuant de l'amygdale. Si cette opération est rendue difficile ou impossible, soit que l'enfant, indocile, effectue des mouvements violents qui ne pourraient que le faire blesser, soit que ses maxillaires, fortement serrés, ne permettent pas la libre introduction du doigt et de l'instrument, les *vomitifs* seront alors indiqués. Ils nous ont été souvent, dans ces cas, de la plus grande utilité.

Avant comme après l'ouverture de l'abcès, les gargarismes antiseptiques, à l'eau boriquée saturée et tiède, et renouvelés plusieurs fois par jour seront de rigueur. Pour rendre moins intense la fluxion, dont l'amygdale et l'isthme du gosier sont le siège, on pourra maintenir les *pieds chauds* à l'aide de *bouillottes*. On pourra aussi les envelopper dans de la *ouate, recouverte ou non de taffetas gommé* et formant de véritables *bottes*. On la changera aussi souvent qu'elle sera mouillée par les sueurs, parfois profuses, qui précèdent, accompagnent ou suivent la détente.

2° Amygdalite chronique

Pour sa description voir plus loin *Angine chronique*, page 289.

VI. — Angine diphtérique

Définition. — L'angine diphtérique n'est pas autre chose que la diphtérie occupant l'isthme du gosier ou le pharynx.

Etiologie. — La cause de cette angine est la présence du microbe de Klebs-Löffler, déterminant certaines altérations locales, que nous étudierons plus loin, et, en particulier, la production de pseudo-membranes, d'un *blanc grisâtre* le plus souvent, d'un *noir sanieux* dans d'autres cas.

Primitive quelquefois, l'angine diphtérique peut s'observer *consécutivement à une autre maladie*, surtout angineuse, la scarlatine par exemple.

Symptomatologie. — Le malade accuse un mal de gorge. Celui-ci est plus ou moins intense et de siège variable. Ce sont, en effet, tantôt les amygdales, tantôt le voile du palais et la luette, tantôt le pharynx (supérieur ou inférieur), sur lesquels porte plus particulièrement l'altération spécifique.

La déglutition, comme dans toute angine aiguë, est difficile et les mouvements, qu'elle détermine, sont douloureux.

Mais c'est surtout l'*aspect des lésions* qui *présente d'abord un caractère particulier.*

On aperçoit, *suivant le moment* plus ou moins précoce auquel on examine, *soit de simples ilots blancs*, d'ordinaire peu étendus et aussi en petit nombre (2 ou 3), *soit de véritables surfaces, plus ou moins vastes, recouvertes d'une exsudation blanchâtre, d'épaisseur et de consistance variables*, suivant les cas.

L'aspect est, d'ordinaire, d'un *blanc plus ou moins nacré.*

C'est la pseudo-membrane diphtérique, dont l'*adhérence aux parties sous-jacentes n'est pas toujours très grande*, mais le plus souvent telle que si l'on cherche, la saisissant avec une pince, à l'arracher, on déchire la muqueuse et l'on détermine des hémorrhagies, sans doute peu abondantes, mais toujours ennuyeuses en ce sens que les déchirures ainsi produites sont autant de plaies ouvertes à l'extension du mal.

Il faut, en effet, pour que le microbe acquière son entière puissance de développement et d'infection, que les surfaces (cutanées ou muqueuses), sur lesquelles il se trouve, soient autant que possible dépourvues de leur épithélium protecteur.

De là, des hémorrhagies, même spontanées, assez fréquentes, résultant de l'arrachement, lui-même spontané parfois, de ces pseudo-membranes ; de là, aussi, la coloration noirâtre présentée par celles-ci, dans certains cas.

Pour peu que l'attention soit attirée de ce côté, l'on constate aisément que *certains ganglions cervicaux*, en petit nombre d'ordinaire, mais toujours en rapport avec le siège du mal, *sont dans un état de tuméfaction* et, par suite, *d'infection assez grandes.* C'est même un des premiers symptômes observés. Le pédiâtre doit aller systématiquement à sa recherche.

L'angine diphtérique est ou la première manifestation, ou une localisation secondaire, de la diphtérie.

Primitive, on l'observe assez communément. Secondaire, elle est la conséquence ou la complication fréquente, soit du croup, soit de toute autre manifestation primitive. De même qu'il existe un croup ascendant ou secondaire, de même il y a lieu d'admettre des *angines diphtériques ascendantes*, à côté de celles que l'on peut qualifier de primitives et qui sont de beaucoup les plus nombreuses.

La fièvre est plus ou moins intense. Elle oscille entre 38° et 40° ou 41°. Elle est, le plus souvent, fort élevée et en rapport, il faut le reconnaître, avec l'intensité du mal.

Elle tombe (quand on arrive à temps pour diagnostiquer et agir) aussi rapidement que se détergent, sous l'influence de la sérothérapie, les surfaces envahies.

Diagnostic. — Sans doute l'aspect extérieur des pseudo-membranes, l'existence d'une épidémie actuelle, le voisinage ou le contact de quelque diphtérique,mettront bien sur la voie du diagnostic de nature. On ne sera toutefois autorisé à l'établir d'une manière définitive que si l'examen d'une parcelle de l'exsudat guttural,récoltée aseptiquement,a pu donner lieu au diagnostic microscopique immédiat et, mieux encore, au diagnostic de culture un peu plus tardif et qu'il faut toujours pratiquer, dans les angines aiguës en général, sous peine de s'exposer à de graves surprises et à des solutions imprévues.

Le diagnostic de l'angine diphtérique doit être surtout différencié de celui de l'angine tonsillaire ou pultacée.

Toutes les fois que l'on se trouve en présence d'une angine tant soit peu intense, avec fièvre forte et gêne plus ou moins notable de la déglutition, l'examen bactériologique d'abord, cultural ensuite, doivent être pratiqués le plus tôt possible, pour que l'on soit certain que l'on peut rester relativement tranquille et surtout qu'il n'y a pas lieu de recourir à la sérothérapie, dont l'emploi trop tardif pourrait être tout-à-fait inefficace.

Si même le résultat bactériologique se faisait trop attendre

nous conseillerions, dans le doute, de recourir à la sérothérapie, ce que nous avons fait nous-même bien souvent, dans ces cas, et sans le moindre inconvénient pour le malade.

Supposons, au contraire, que le résultat tardif fût reconnu positif, on s'exposerait de la sorte à agir trop tard, ce que l'on doit à tout prix éviter.

Lorsqu'au lieu du bacille de Klebs-Löffler on ne trouve que des streptocoques ou des staphylocoques dans les exsudats angineux, on est autorisé à ne pas recourir à la sérothérapie antidiphtérique. Il serait même, alors, au moins inutile d'en faire usage.

Pronostic. — Le pronostic variera évidemment suivant le moment où l'on sera appelé à traiter un malade atteint d'angine diphtérique, suivant le degré d'intensité du mal ou de la fièvre, suivant enfin les circonstances qui ont précédé (scarlatine) ou qui accompagnent cette localisation spécifique.

Toutes choses égales d'ailleurs, l'angine diphtérique secondaire comporte un pronostic toujours un peu plus grave que la forme primitive.

Traitement. — Le traitement de l'angine diphtérique ne diffère pas de celui de la laryngite de même nature ou croup.

Si l'une et l'autre peuvent, à un moment donné, fournir des indications spéciales à remplir, en raison de la localisation particulière qu'elles présentent (trachéotomie, tubage dans un cas ; lavages ou attouchements dans l'autre), elles sont toutes deux justiciables d'un même traitement général, la *sérothérapie*.

La dose de sérum antidiphtérique variera sans doute suivant l'âge du sujet (5 à 10 centimètres cubes dans la première enfance, 10 à 20 dans la seconde). C'est en injection hypodermique, avec la seringue de Roux ou de Debove, que le sérum sera administré, à la paroi abdominale inférieure le plus souvent. L'injection pourra être renouvelée les jours suivants, si besoin est ; dans ce cas, on pourra la faire du côté opposé de l'abdomen, à la face antérieure et supérieure des cuisses, à la fesse, à la région lombaire, etc., etc.

De simples *lavages détersifs* et *aseptiques de la gorge*, à *l'eau boriquée* par exemple, seront utiles.

Des *attouchements, à la glycérine phéniquée*, pourront rendre quelques services. Ils ont avantageusement remplacé les collutoires et les attouchements au perchlorure de fer, considéré par Trousseau, bien avant la sérothérapie, comme le remède spécifique de la diphtérie sous toutes ses formes.

Ces moyens, applicables même chez de jeunes enfants, doivent être remplacés, aussitôt qu'on le peut, par des potions gargarismes,quand le malade est grandet (2me enfance),surtout s'il veut bien se prêter tant soit peu à la médication employée.

VII. — Angine chronique

Définition. — L'angine chronique est une inflammation persistante de la gorge, apyrétique le plus souvent, portant plus spécialement sur les organes lymphoïdes, qui tapissent ou constituent cette partie postérieure de la cavité buccale.

L'angine chronique s'observe assez communément chez l'enfant. Si la *forme granuleuse ou glanduleuse* y est *rare* relativement, *il en est tout autrement de la forme tonsillaire* et de celle que l'on désigne sous le nom de *tumeurs adénoïdes de la gorge et du pharynx.*

Etiologie. — *L'infection* est évidemment la cause ordinaire et banale de cette inflammation chronique. Il n'y a point lieu d'en être surpris, si l'on songe à la multitude de microorganismes pathogènes, qui habitent le milieu buccal en temps normal ou accidentellement.

Mais, à côté de cet élément infectieux, il faut tenir compte bien évidemment d'un certain état de *prédisposition, locale ou générale,* dû à des circonstances particulières à l'individu.

C'est ainsi, qu'au point de vue local, l'*existence d'angines ou d'amygdalites antérieures, leur répétition fréquente*, constituent autant d'influences de prédisposition locale dont il faut tenir compte.

De même *certaines conformations du nez,* son *étroitesse* en particulier et surtout son *aplatissement*, gênant dans une certaine mesure la respiration nasale et provoquant au contraire la respiration buccale (c'est-à-dire la pénétration directe de l'air, froid ou chaud, à travers l'isthme du gosier et dans l'arrière-gorge), constituent, de ce fait, une forte prédisposition aux inflammations, aiguës ou chroniques, de la gorge (accès plus facile et plus direct des germes infectieux, d'une part ; atteintes plus fréquentes, portées à la muqueuse gutturale et à sa résistance aux causes morbifiques, d'autre part).

Mais, ce ne sont pas là les seules raisons de ces infections chroniques, persistantes, dont la ténacité fait souvent le désespoir, sinon du malade lui-même, du moins des familles et des médecins.

Il faut encore tenir compte des *infections*, non plus nées sur place, mais *descendantes*, si l'on peut ainsi parler, et provenant des fosses nasales elles-mêmes, dont la ventilation, naturelle et grande, est empêchée par l'étroitesse des orifices antérieurs.

Le naso-pharynx constitue un véritable diverticulum dans lequel s'accumulent et pullulent à volonté les microorganismes les plus divers, rendant ainsi plus facile toute infection, à la moindre atteinte portée à la muqueuse gutturale par le froid ou le chaud, dont il vient d'être question, comme aussi par toute autre cause.

L'*ozène* est souvent la *conséquence* d'un tel état anatomique, que vient aggraver chaque nouvelle poussée d'angine aiguë. Celle-ci rend plus tenace et plus persistante l'inflammation chronique de la muqueuse, en particulier celle de l'amygdale, plus ou moins hypertrophiée dans ces cas, et des divers tissus lymphoïdes, qui tapissent la muqueuse gutturale.

Ces tissus, simplement hypertrophiés au début de l'infection, finissent par former de véritables *tumeurs* plus ou moins volumineuses, en nombre variable, *sessiles* pour la plupart, d'autres fois largement ou étroitement *pédiculées*.

Symptomatologie.— Lorsqu'un enfant est atteint d'angine

chronique, son aspect seul, le timbre de sa voix, le dénotent suffisamment. Pour peu que cette angine soit intense ou que, du moins, les désordres gutturaux qu'elle provoque soient importants, la bouche du petit malade reste entr'ouverte, rendant ainsi plus facile et plus direct l'accès de l'air dans le poumon.

A ce point de vue, il est nécessaire d'ajouter que si l'étroitesse primitive des narines ou des fosses nasales favorise, par le mécanisme sus-indiqué, la production de l'angine chronique, celle-ci, à son tour, exagère cette situation. En effet, par suite du passage continu de l'air à travers la bouche et non plus par le nez et les fosses nasales, ces derniers s'atrophient ou du moins ne subissent pas un développement parallèle et proportionnel à celui des autres parties du corps. De là un véritable cercle vicieux, dont il est difficile de sortir, l'effet s'ajoutant à la cause, pour renforcer l'action de celle-ci et inversement.

Primitive dans certains cas, l'angine chronique peut être, dans certains autres, *consécutive d'emblée;* elle finit par être consécutive, presque toujours, dans l'un et l'autre cas.

La *voix* est généralement *nasonnée.*

Il suffit d'examiner la gorge d'un enfant atteint d'angine chronique, pour s'apercevoir bien vite que les amygdales sont hypertrophiées, le plus souvent des deux côtés. Parfois elles atteignent jusqu'à la ligne médiane, laissant à peine la place nécessaire pour la luette, qu'elles refoulent même quelquefois.

L'hypertrophie peut-être unilatérale ou prédominante d'un certain côté.

En examinant avec plus d'attention encore, on ne tarde pas à remarquer, de ci de là sur la muqueuse, certaines petites tumeurs, de volume très variable, sessiles ou pédiculées. Ce sont les tumeurs adénoïdes, ainsi dénommées en raison de la nature des tissus hypertrophiés qui les constituent à peu près exclusivement. Elles sont parfois englobées dans une couche plus ou moins épaisse de tissu conjonctif; les glandes de la muqueuse qui les recouvre sont parfois atteintes, elles-mêmes, d'inflammation chronique plus ou moins intense.

Les éléments infectieux les pénètrent assez facilement, soit que cette pénétration ait précédé, soit qu'elle ait suivi, l'angine chronique elle-même.

De même que le naso-pharynx peut être atteint consécutivement ainsi que la membrane de Schneider, de même il n'est point surprenant de voir survenir des inflammations consécutives dans la trompe d'Eustache, enfin de l'*otite moyenne,* chronique comme les précédentes et donnant lieu à des troubles du côté de l'ouïe, en particulier à une *diminution de l'acuité auditive.*

Des exsudations blanchâtres se voient souvent au niveau des cryptes de l'amygdale. Des concrétions nasales ou pharyngiennes, plus ou moins épaisses et d'odeur souvent fétide, sont assez communément observées dans ces cas.

Diagnostic. — Connaître la symptomatologie précédente c'est être certain de porter sûrement le diagnostic d'angine chronique, aussi souvent qu'on se trouvera en présence de celle-ci.

Pronostic. — Sans être bien grave, le pronostic est cependant un peu assombri par la facile répétition des angines aiguës ; par l'aggravation constante et pour ainsi dire progressive du mal, s'il n'est point traité et enrayé de bonne heure ; par les complications possibles du côté du nez (coryza chronique, ozène) ou de l'oreille (otite moyenne, dureté de l'ouïe, surdité), sans parler des suppurations et des infections aiguës, toujours menaçantes, de la gorge.

Traitement. — Faire connaître la pathogénie de l'angine chronique, c'est, du même coup, en indiquer le traitement.

On recommandera d'abord au malade de *fermer la bouche pour respirer,* aussi souvent qu'il y pensera, surtout quand il se trouvera *dans la rue et au vent, par un temps froid.*

On pratiquera l'*asepsie bucco-pharyngienne.* Des gargarismes, à l'eau boriquée saturée, seront conseillés, après chaque repas.

Si des complications, nasales ou auriculaires, surviennent, elles seront immédiatement traitées (Voir coryza et otite).

L'amygdalotomie, la *cautérisation ignée des amygdales*, ne nous paraissent, ni indispensables, ni très utiles, même dans les cas les plus intenses.

L'amygdalotomie ne prévient pas sûrement de nouveaux abcès de l'amygdale, dont l'évacuation est rendue plus difficile par la cicatrice résultant de la section elle-même. Nous en avons cité un cas des plus remarquables, dans lequel la collection purulente dut être ouverte, par nous, à travers le voile du palais (1).

Les *astringents locaux* (alun pulvérisé, en attouchements plusieurs fois par jour) et les *résolutifs* (iodure de potassium, iodiques) à l'intérieur, les *bains de mer* enfin, et les *eaux sulfureuses* nous paraissent devoir être utiles dans l'immense majorité des cas. Ils nous ont toujours rendu les plus signalés services.

VIII. — **Dyspepsie du nourrisson**

Définition. — La dyspepsie du nourrisson est une *difficulté de la digestion*, que l'allaitement soit naturel, mixte ou artificiel.

Etiologie. — La cause de cette dyspepsie est le plus souvent un *vice d'hygiène alimentaire.*

Lorsque l'allaitement est naturel, si c'est la mère qui nourrit et qu'elle ait un lait abondant, la *trop grande quantité de ce liquide ingérée en une fois*, la *répétition trop fréquente des tètées*, parfois même l'*ingestion d'aliments ou de boissons autres que le lait* (tisanes, crème de riz, phosphatine, etc.) en sont la cause la plus habituelle.

Si c'est une nourrice qui allaite, aux raisons précitées s'en ajoute parfois une autre, nous voulons parler de l'*âge trop considérable du lait, comparé à celui de l'enfant.*

Le lait étant, toutes choses égales d'ailleurs, plus abondant et plus nourrissant à mesure qu'il est plus âgé, il est

(1) L. Baumel. Maladies de l'appareil digestif. Paris, Delahaye. Montpellier, Coulet. Tome I, 1888, p. 79 et 80.

aisé de comprendre que si une nourrice, dont la sécrétion lactée remonte à un an environ, est appelée à nourrir un enfant de naissance, d'abord la source de ce lait sera trop abondante et, ensuite, sa qualité nutritive trop grande.

On voit, au contraire, des enfants ne point prospérer par suite de l'insuffisance du lait de leur nourrice, ce dont il est toujours facile de s'assurer, à condition d'y penser, soit par l'examen direct (gerbe plus ou moins forte et durable, à la pression du mamelon ou par la traite), soit en pesant l'enfant avant et après la têtée, la différence de poids donnant exactement la quantité de lait ingérée. Il est alors facile, en se rapportant aux chiffres de la page 11, de se rendre compte de la suffisance ou de l'insuffisance du lait de la nourrice.

On fera bien d'examiner celui-ci, microscopiquement, chimiquement et à l'aide des divers moyens dont disposent l'hygiène et la clinique modernes (lacto-butyromètre, galactoscope de Donné, etc., etc.) ; mais, on a eu raison de le dire : *le meilleur réactif est encore le nourrisson.*

Il est des cas en effet où, le lait remplissant les conditions requises, le nourrisson ne prospère pas comme il le devrait, soit qu'une maladie de l'enfant lui-même puisse en rendre compte, soit que la dentition en soit cause (*bel enfant jusqu'aux dents*, dicton populaire justement rappelé par Trousseau) (1) ; soit enfin, qu'une conformation particulière ou un état pathologique du mamelon (gerçures, ulcérations, mamelon trop volumineux, en cupule, en bouton de manchette, etc.) rende difficile l'acte de la succion et, par suite, l'utilisation d'un lait, excellent sans doute, mais offert par des seins malades ou mal conformés.

Symptomatologie. — Les premiers symptômes qui attirent l'attention, chez un nourrisson atteint de dyspepsie, sont : les *vomissements*, la *diarrhée jaune ou verte*, l'*amaigrissement* enfin.

Nous avons distingué depuis longtemps, du vomissement

(1) Trousseau. Clinique médicale, Paris 1868, T. III, p. 153.

proprement dit, ce que nous avons appelé *les vomituritions*, que l'on observe principalement *chez des nourrissons tétant un lait beaucoup plus âgé qu'eux. Ces enfants vomissent rarement la totalité du lait ingéré en une tétée;* ils n'en rendent qu'une faible partie d'ordinaire, que l'on peut considérer comme l'excès ou le trop-plein.

La nourrice, interrogée à cet égard, répond assez nettement aux questions qu'on lui pose et fournit, en général, des renseignements assez précis.

Le vomissement résulte plutôt de l'ingestion d'une quantité de lait plus grande encore, par le fait de la répétition trop fréquente des tétées, surtout si le lait est très abondant, si, en outre, l'on a recours à l'allaitement mixte sans règle et sans mesure, c'est-à-dire si l'on donne à l'enfant, à tout moment et sans compter, soit le sein, soit la fiole, et, dans ce dernier cas, du *lait animal, froid ou chaud, stérilisé ou non, ayant subi une ou plusieurs des nombreuses altérations dont il est susceptible.*

A plus forte raison observe-t-on la dyspepsie, lorsqu'au lait on a l'imprudence d'ajouter, dans l'alimentation du nourrisson, *d'autres substances liquides* (vin, tisane, café, etc.) *ou solides* (pain, gâteaux), absolument *impropres à sa nutrition.*

La nature des premiers vomissements correspond d'ailleurs assez souvent à celle des substances ingérées, qu'ils contiennent d'ordinaire.

La diarrhée peut ne pas exister tout d'abord.

La dyspepsie peut n'être primitivement que gastrique et devenir ultérieurement intestinale. Dans ce dernier cas, les troubles intestinaux peuvent se traduire, comme dans l'allaitement mixte ou même artificiel, par de la *constipation opiniâtre* et des *évacuations caractéristiques*, composées de *matières dures, éliminées en bloc, analogues comme aspect à du mortier.*

Quant à la *diarrhée*, elle est jaune ou *verte*. Celle-ci est généralement la conséquence d'une *complication inflammatoire* (entérite) *ou parasitaire* (muguet).

Parfois aussi, quel que soit le mode d'alimentation, mais

surtout dans l'allaitement mixte ou artificiel, les selles sont parsemées de *tout petits caillots blanchâtres*, témoignant de la digestion incomplète du lait. Ils sont surtout constitués par de la caséine. Les *vomissements* eux-mêmes peuvent présenter parfois de *gros blocs coagulés de cette substance*. Les laits animaux les déterminent plus communément que le lait de femme, dont la teneur en caséine est plus faible.

L'examen, même rapide, du petit malade fait bien vite constater l'existence d'une *dilatation de l'estomac;* parfois, elle est assez marquée.

Le *ventre, tantôt ballonné* et *météorisé* alors que le malade est encore dans la *première période (ou d'alimentation trop copieuse)*, est au contraire, *dans la seconde (période d'anorexie)*, plus ou moins *aplati* ou même *rétracté*.

Les *éructations* et les *vents*, généralement *abondants dans la première* de ces périodes, que l'on pourrait appeler de *surcharge alimentaire* ou de *distension gastro-intestinale*, sont plus rares dans la seconde, où le météorisme intestinal fait le plus souvent défaut et est remplacé par la *diarrhée*, jaune ou verte.

L'*amaigrissement*, qui peut manquer au début où l'on observe parfois un embonpoint même exagéré quel que soit celui des trois modes d'allaitement employé, *ne tarde pas à se produire*, après quelques semaines chez les uns, au bout de plusieurs mois seulement chez les autres.

Il *résulte*, d'ordinaire, des *vomissements* eux-mêmes et de la *diarrhée*, comme aussi des *fermentations anormales, dont l'estomac et le cœcum* en particulier *sont le siège*, indépendamment des *auto-intoxications* et des *auto-infections* qui s'y ajoutent.

Il est toujours la conséquence d'une digestion incomplète, d'une absorption insuffisante ou anormale, entraînant à leur suite une sorte de *dénutrition* ou d'*autophagie*, qui aboutit à cet amaigrissement *plus ou moins intense*.

Nous avons vu même la diarrhée verte survenir, dans un cas, chez un nourrisson de *6 mois*, allaité par une nourrice dont *le lait en avait 14* et qui *donnait le sein toutes les deux*

heures. Le règlement des tétées et la potion du muguet, à l'eau de chaux, suffirent pour tout faire rentrer dans l'ordre en quelques jours.

Diagnostic. — Le diagnostic de la dyspepsie des nourrissons est relativement facile, d'après le tableau que nous venons d'esquisser et dont on retrouvera si aisément les traits avec un peu d'habitude. Quant aux causes qui la déterminent, elles sont nombreuses et variables sans doute.

Il suffit toutefois d'y songer et une *analyse clinique minutieuse* permettra de les retrouver et de les préciser dans chaque cas particulier.

Pronostic. — Bénin au début, le pronostic ne deviendrait grave ou même très grave que si, le diagnostic n'étant point porté avec précision, le malade était abandonné plus longtemps aux causes évitables du mal dont il est atteint.

Ce n'est, en effet, que lorsque des lésions chroniques et incurables se sont établies du côté de la muqueuse gastro-intestinale, que les tentatives thérapeutiques de tout ordre deviennent inutiles. L'athrepsie, que nous avons étudiée précédemment, ne nous paraît, après tout, qu'une variété de la dyspepsie des nouveau-nés.

Traitement. — Proportionner l'âge du lait de la nourrice à celui du nourrisson qui lui est confié ; régulariser les tétées ou l'allaitement mixte, à plus forte raison l'allaitement artificiel, suivant nos chiffres de la page 11 : tels sont les moyens les plus efficaces pour éviter ou pour combattre la dyspepsie des enfants du premier âge.

Pratiquer le lavage de l'estomac avec l'eau de Vichy, dans les cas de dilatation gastrique et de vomissements incoercibles, liés aux fermentations anormales dont cet organe est le siège; administrer, suivant qu'il y a diarrhée ou non, le salicylate de bismuth ou celui de magnésie comme désinfectants gastro-intestinaux, associés au benzonaphtol et dans un julep, seront les meilleurs moyens à diriger contre cette dyspepsie, aussitôt qu'on en reconnaîtra l'existence.

IX. — Dyspepsie du sevrage — Gastro-entérite Gros ventre

Définition. — La dyspepsie du sevrage est celle que l'on observe communément *aussitôt qu'au régime lacté* (allaitement naturel, mixte ou artificiel) *on substitue l'alimentation commune.*

Etiologie. — La première dentition, nous l'avons vu plus haut, ne se termine qu'à deux ans environ. Même quand elle est complète, ces dents *de lait*, que nous appelons volontiers *de poupée ou de luxe,* sont *incapables de suffire à l'incision et à la mastication de toute sorte d'aliments.*

Non seulement les enfants sont impuissants, de ce fait ; mais, alors même qu'on ne leur donnerait que des *aliments mous* et de *mastication facile* (pain trempé, etc.), *ils ne pratiquent point celle-ci, faute d'idée ou de conseils utiles et de tous les instants.*

A plus forte raison en est-il ainsi, quand les aliments qu'on leur offre sont ceux du *régime commun* de l'adulte, c'est-à-dire : *de tout.* Les *crudités*, les *aliments un peu durs, sont, entre tous, les plus redoutables.*

Les *boissons elles-mêmes ont besoin d'être surveillées attentivement. L'alcool* doit être impitoyablement *proscrit* ; le *vin pur* et, comme assaisonnement, le *vinaigre doivent être écartés* de l'alimentation de l'enfant.

Parmi les condiments, les cornichons, le poivre, sont dans le même cas. Nous avons vu souvent aussi la *simple ingestion exagérée de liquides* amener la dyspepsie.

Symptomatologie. — Faute d'observer ces règles hygiéniques alimentaires, de la première enfance, que nous qualifierons d'élémentaires, on voit survenir : des *troubles digestifs* (vomissements, diarrhée), tantôt passagers, tantôt durables, suivant que persiste ou non le vice alimentaire lui-même ; *toujours de la dilatation gastrique*, avec toutes ses conséquences (fermentations anormales, mauvaises digestions, nutrition défectueuse); mais aussi, la de *dilatation intestinale*

(cœcale en particulier), que *l'inflammation (gastrite* et *typhlite d'abord, entérite plus ou moins généralisée ensuite)* ne *tarde pas à suivre ou à accompagner.*

Non seulement les troubles gastro-intestinaux, mais le volume du ventre et l'état général de la nutrition de l'enfant, mettent bien vite sur la voie du diagnostic et de l'étiologie le praticien tant soit peu expert en la matière.

L'abdomen, suivant la période de la maladie à laquelle on l'observe, peut présenter deux aspects bien différents.

Le plus souvent il est augmenté de volume, c'est le *gros centre*, tel que nous l'avons décrit il y a longtemps (1).

Dans ces cas, l'estomac dilaté donne à la percussion une sonorité plus ou moins intense, d'étendue variable, mais *toujours accrue.* Il en est de même, le plus souvent, du cœcum, du côlon ascendant, parfois aussi du côlon transverse.

La *zone péri-ombilicale, principalement occupée par l'intestin grêle,* est parfois le siège d'une *sonorité exagérée* (*tympanisme*), résultant d'une *distension de l'intestin, par les gaz* qu'il contient, ou de l'*affaiblissement de la contractilité de ses parois, par le fait même* de l'*entérite, qui intéresse non seulement la muqueuse, mais encore la musculeuse*, souvent déjà parésiée par l'affaiblissement de la nutrition générale et locale. Parfois, cependant, cette même zone donne lieu à une *submatité,* résultant de la *propagation de l'inflammation ou, si l'on préfère, de l'infection au péritoine lui-même*, d'où des *exsudations néo-membraneuses*, véritables placards péritonitiques de préservation, déterminant rarement des adhérences, toutefois possibles, mais d'ordinaire une *matité ou submatité non uniforme et par îlots, d'ailleurs éphémère*, et qui dure, le plus souvent, à peine quelques jours.

Les ganglions mésentériques eux-mêmes ne tardent pas à être pris, s'ils ne le sont déjà. Ils sont difficilement accessibles à l'exploration, dans le cas de météorisme, et ne le deviennent que lorsque celui-ci a disparu, pour faire place à

(1) L. Baumel. Le gros ventre, in Leçons cliniques sur les maladies des enfants. Paris, Masson, 1893.

une véritable *rétraction intestinale et même abdominale*. On les perçoit alors, par la *palpation*, avec une certaine facilité.

Tel est le second aspect que peut présenter l'abdomen dans la gastro-entérite, second aspect auquel nous faisions allusion plus haut.

On comprend aisément toutes les conséquences d'absorption et de nutrition anormales, qu'entraîne un tel état des organes abdominaux ou, plutôt, de l'appareil digestif et de ses annexes.

Le foie lui-même ne tarde pas à subir le contre-coup de ces altérations. Son rôle, comme protecteur de l'organisme et destructeur de substances nocives ou toxiques, en est accru. Son volume augmente tout d'abord. Ses cellules subissent parfois, consécutivement, la dégénérescence graisseuse ou atrophique.

Le *rachitisme*, par défaut d'absorption des phosphates alimentaires dans ces conditions, est souvent la *conséquence du gros ventre*, qu'il accompagne généralement et suit presque toujours.

Les ganglions mésentériques peuvent encore subir l'*infection tuberculeuse*, que celle-ci soit primitive d'emblée, ce qui s'observe quelquefois, ou qu'elle se présente secondairement, ce qui est le cas de beaucoup le plus fréquent, ainsi que nous l'avons expliqué ailleurs (1).

C'est à la tuberculose des ganglions mésentériques, primitive ou secondaire, que devrait être, à notre avis, réservé le nom de carreau, celui de gros ventre s'appliquant préférablement au syndrome de l'adénopathie mésentérique, qui, quoique toujours infectieuse, n'est point encore tuberculeuse, bien qu'elle constitue un milieu des plus favorables au développement et à la pullulation du microbe de Koch.

Généralement apyrétique, le gros ventre ne s'accompagne de *fièvre* que s'il existe une complication aiguë, telle que : la *gastro-entérite*, la *tuberculose*, etc. Cette fièvre, *continue* ou *intermittente*, est surtout *irrégulière*.

(1) L. Baumel, loc. cit.

Diagnostic. — Si le gros ventre se révèle facilement, il en est tout autrement de la filiation pathogénique que nous venons de décrire et que le pédiâtre doit avoir présente à l'esprit toutes les fois qu'il se trouve en présence d'une dyspepsie du premier âge.

La dilatation de l'estomac et du gros intestin (cœcum surtout) sera facile à constater.

Le météorisme intestinal et les zones de matité ou de submatité, qui peuvent diminuer momentanément ou disparaître, masqueront plus ou moins l'adénopathie mésentérique. Celle-ci ne sera appréciable qu'avec des parois abdominales flasques ou après la rétraction consécutive et plus ou moins marquée de l'abdomen.

Un amaigrissement tant soit peu notable de l'enfant, même avec un certain degré de rétraction abdominale, devra faire songer à la possibilité de l'existence de cette adénopathie, surtout s'il se produit quelques troubles gastro-intestinaux, tels que : vomissements, diarrhée, etc.

Pronostic. — La gravité du pronostic est d'autant plus grande que la maladie est plus ancienne, et l'état général plus mauvais, que les fautes commises (au point de vue alimentaire) sont plus précoces, plus grossières et plus invétérées.

L'enfant ayant non seulement à réparer ses pertes ou déchets journaliers, toujours considérables en raison de sa nutrition très active, mais encore à *construire* ou du moins à *développer*, on comprend qu'un tel état de choses ne saurait durer sans compromettre, immédiatement ou pour plus tard, sa santé, sa croissance et. ce qui est plus important encore, sa vie elle-même. Nous avons vu le *nanisme* résulter, dans un cas, d'une diarrhée chronique et disparaître avec celle-ci.

La mort, lorsqu'elle a lieu, survient à la suite d'une dénutrition générale des tissus et des viscères (du cœur en particulier); parfois aussi, par le fait d'une infection d'origine gastro-intestinale, commune ou spécifique, suivant les circonstances particulières qui ont présidé à sa production.

Ce qui doit ncourager le médecin, c'est la *curabilité*

ordinaire du gros ventre, à condition d'agir de bonne heure, énergiquement et intelligemment.

Traitement. — Le traitement est *diététique* ou *médicamenteux*. Il consiste à recourir au régime lacté exclusif, qu'on avait trop tôt ou trop brusquement abandonné.

Il faut, malgré toutes les difficultés que l'on rencontre parfois à le faire accepter, revenir exclusivement au lait, que l'on donne toutes les trois heures, à des doses conformes à l'âge et au développement de l'enfant.

On doit *mesurer la circonférence du ventre*, suivant un *plan horizontal passant par l'ombilic*, le malade étant levé. On la mesure ensuite au bout de plusieurs semaines. *Sa diminution*, l'*augmentation de poids* et le *développement progressif du sujet*, sont les *meilleures marques de l'amélioration qui conduit à la guérison.*

Il en est de même de la diminution ou de la suppression des troubles gastro-intestinaux.

X. — Dyspepsie de la seconde enfance dite des collégiens

Définition. — La dyspepsie de la seconde enfance, qu'on appelle aussi la dyspepsie des collégiens, est surtout caractérisée par des troubles gastriques (vomissements, vomituritions, etc.) et s'observe, chez les enfants des deux sexes, depuis l'âge de 6 à 7 ans jusqu'à celui de 14 ou 15.

Etiologie. — Bien des causes de dyspepsie surviennent à cette période de l'existence. Ce sont : l'usage et à plus forte raison l'abus, pour les garçons, des *alcooliques* ; pour eux aussi, mais surtout pour les jeunes filles anémiques ou chlorotiques, celui du *vinaigre*, des *salades*, des *crudités*, etc.

Pour les uns et les autres, la *mastication incomplète* joue un très grand rôle dans la production de la dyspepsie. Elle est due aux *névralgies* et à la *gingivite* liées, soit à la carie et à la chute des dents de lait (chute qui a lieu de 5 à 15 ans), soit à la sortie des dents définitives, que celles-ci remplacent

les premières ou qu'elles soient au contraire définitives d'emblée (dent de 6 à 7 ans, dent de 13 à 14, dent de sagesse même, que nous avons vue apparaître seulement, il est vrai, à 44 ans, dans un cas, mais aussi quelquefois à 16, ce qu'il est bon de se rappeler).

Si la mastication incomplète et l'usage des alcooliques, des acides (vinaigre) ou des crudités, déterminent facilement la dilatation de l'estomac ou la gastrite, avec prédominance, suivant les cas, de l'un ou de l'autre de ces deux états pathologiques, l'intestin lui-même peut, à son tour, en subir le contre-coup. Nombreux sont les cas de typhlite, aiguë le plus souvent, mais aussi chronique, que nous avons observés dans ces conditions.

A côté de ces états pathologiques, gastro-intestinaux, avec lésion, que nous pourrions, pour ce motif, qualifier de: *cum materia*, s'en trouvent d'autres qu'on pourrait leur opposer, en ce sens qu'ils ne semblent pas comporter une lésion de l'estomac ou de l'intestin, bien que s'accompagnant de troubles fonctionnels de ces organes, principalement du premier.

Ce sont des vomissements, surtout d'*ordre réflexe*, qui se produisent, non seulement pendant la digestion, mais, le plus souvent, aussitôt après l'ingestion alimentaire.

Nous avons connu, en particulier, un jeune lycéen qui, le matin à son lever, déjeunait de fort bon appétit avec un peu de pain dans du café au lait, le vomissait aussitôt après et se rendait ainsi, à jeun, au lycée, sans autre inconvénient. Cela se produisit à plusieurs reprises et dura pendant des semaines successives, au moment de l'évolution de sa dent de 6 à 7 ans et de celle de 13 à 14. A cet exemple nous pourrions en ajouter bien d'autres.

Enfin, au point de vue étiologique, il est bon de rappeler que l'*anémie*, primitive ou secondaire à la dyspepsie et d'ailleurs de cause quelconque, par la dénutrition générale qui en résulte et par la facilité avec laquelle, sous son influence, les organes creux (estomac, intestin, cœur) se laissent passivement distendre, ajoute son action à celles que nous avons précédemment énumérées.

Symptomatologie. — La dyspepsie de la deuxième enfance ou des collégiens se traduit, sans doute, par des troubles digestifs, par des lourdeurs, des crampes même d'estomac, survenant au cours de la digestion; malaise auquel vient mettre fin, d'une façon plus ou moins précoce, le vomissement. Mais elle s'accompagne aussi, le plus souvent, de *céphalalgie*, de *décoloration tégumentaire*, enfin d'*amaigrissement* plus ou moins marqué et tout à fait en rapport avec l'intensité des troubles digestifs (vomissements, diarrhée), leur ancienneté, enfin la difficulté plus ou moins grande avec laquelle peuvent s'effectuer la digestion, l'absorption, l'assimilation et la nutrition.

On parle beaucoup d'une *céphalalgie de croissance*, qui n'est autre, après tout, que de la névralgie d'évolution dentaire, nous ne saurions trop le répéter.

C'est lorsque l'alcool ou le vinaigre ont été ingérés, journellement et pendant un certain temps ou une seule fois mais à dose un peu trop forte, que l'on voit survenir la gastro-entérite, chronique ou aiguë.

Dans ce dernier cas la fièvre elle-même s'allume et l'on peut, sans les anamnestiques, se croire par exemple en présence d'une fièvre typhoïde au début. Nous l'eussions certainement fait dans un cas relatif à un enfant de 12 ans, à la suite de l'ingestion par lui d'un petit verre de rhum, si notre interrogatoire ne nous avait amené à recueillir ce renseignement étiologique, de premier ordre dans l'espèce.

Quant aux vomissements réflexes d'évolution dentaire, ils ne sont, à tout prendre, que le résultat d'une prédisposition grande à vomir toute substance ingérée, celle-ci étant en quelque sorte la goutte d'eau qui fait déborder le vase. Rarement ces vomissements se produisent à jeun. On ne les observe pour ainsi dire jamais dans ces conditions.

La diarrhée elle-même, qu'on rencontre surtout en été dans la seconde enfance et dans les mêmes conditions étiologiques et pathogéniques, est aussi le plus souvent sans lésion intestinale. Elle résulte plutôt de mouvements péristaltiques exagérés.

Si la fièvre peut survenir dans certains cas (nous l'avons vu plus haut), bon nombre revêtent plus aisément, dans la saison chaude, le caractère *cholériforme*, en raison de l'intensité que prennent les *vomissements et la diarrhée*, souvent riziforme (nous l'avons nettement observée dans un cas), bientôt accompagnés de réfrigération et même de cyanose.

Il est, enfin, une dyspepsie par mastication incomplète, que l'on pourrait désigner sous le nom de dyspepsie par *gloutonnerie* ou par *ingestion de véritables corps étrangers alimentaires*, donnant lieu à tous les signes de la gastrite, de la colique hépatique, de l'occlusion passagère du pylore (nous en avons observé plusieurs cas, terminés par l'expulsion, à l'aide du vomissement, de morceaux de viande dans l'un, de champignons dans l'autre, ingérés plusieurs jours auparavant et de dimensions par trop considérables), mais aussi de l'entérocolite et, plus particulièrement, de la typhlite ou même de l'appendicite.

Nous avons signalé, dans un cas de polyparasitisme de l'appareil digestif (lombrics, œufs de tænia armé et de trychocéphale), la présence dans les fèces, de *gros morceaux de peau d'orange* (1) et, chez une jeune fille de 13 ans, celle non seulement de nombreux pépins de pomme, mais encore d'une arête de morue, étoilée, à trois branches et en forme d'éperon. Chez cette malade, non seulement la fièvre s'était allumée intense, (40°), mais des douleurs vives avaient été accusées, d'abord au cœcum, puis au niveau du côlon transverse, enfin dans l'*S* iliaque ; douleurs si intenses que nous dûmes, pour les calmer, recourir à des lavements laudanisés à trois gouttes, renouvelés une fois ou deux dans la journée. Plusieurs cas analogues (pommes, caroubes) ont été rapportés par nous à côté de ce dernier (2).

Pronostic. — Bénin dans la gastro-entérite aiguë passagère,

(1) L. Baumel. Polyparasitisme de l'appareil digestif, in Leçons cliniques sur les maladies des enfants. Paris, Masson, 1893, page 85.

(2) L. Baumel. La gastro-entérite alimentaire, in Leçons cliniques sur les maladies des enfants. Paris, Masson, 1893, pages 41 à 45.

développée sous l'influence d'un écart de régime ou de boisson accidentel, le pronostic est beaucoup plus grave dans la gastro-entérite aiguë de cause continue et déjà ancienne, ainsi que dans la forme chronique résultant de la répétition de la précédente, laquelle vient, à son tour et à un moment donné, se greffer sur un fond chronique déjà établi. Dans ces cas, la digestion, l'absorption, la nutrition, sont troublées au point que le développement de l'organisme peut être compromis et la vie du malade mise en danger.

Les *auto-infections* (colibacillose, etc.) et *auto-intoxications* d'origine gastro-intestinale, la péritonite par propagation et par voie de continuité, l'anémie et la dénutrition générale, en sont les complications ou les conséquences les plus habituelles, sans parler de la tuberculose secondaire, si facile à développer dans ces conditions.

Traitement. — Le traitement est des plus simples. On doit : 1° écarter les causes (alimentaires le plus souvent) sous l'influence desquelles s'est développée la dyspepsie ; 2° soumettre le malade à un régime sévère (lacté, s'il y a inflammation ; dans le cas contraire, mixte et composé de : lait, potages, œufs, viandes blanches, purées, etc.; d'aliments, en un mot, qui n'aient pas besoin d'une mastication considérable); 3° favoriser l'évolution dentaire, par l'administration des phosphates calcaires ; 4° diminuer les réflexes, par l'emploi du bromure de potassium, ingéré un peu avant le repas.

Ce sont ces états qu'aggrave si facilement le vin de quinquina administré comme tonique ou comme apéritif. Ce sont ces dyspepsies de l'enfance dont on peut dire, ce que M. Huchard lui-même dit de certains états analogues de l'adulte, auxquels il applique les paroles de Tissot relatives au traitement de l'état nerveux : « On peut se montrer grand praticien sans ordonner de médicaments ; le meilleur remède est souvent de n'en prescrire aucun » (1).

(1) Huchard. Dyspepsies et massage de l'estomac, in Consultations médicales. 2e édition, J.-B. Baillière et fils. Paris, 1901, page 57.

XI. — Accidents de dentition

Définition.— On désigne, sous le nom d'accidents de dentition, certaines manifestations pathologiques, locales, à distance ou même générales, survenues à l'occasion de l'évolution dentaire et provoquées par celle-ci.

Etiologie.— Si l'on songe un instant au *travail local*, qui est celui de l'évolution dentaire, et aux *irradiations nombreuses*, d'ordre nerveux, qui peuvent en résulter, on verra aisément combien est justifiée une pareille étude, malgré les dissentiments qu'elle a provoqués jusqu'à ce jour, malgré ceux qu'elle provoque encore à l'heure présente et qu'elle provoquera aussi longtemps que les pédiâtres n'auront pas, à ce sujet, des notions aussi exactes que possible.

Depuis longtemps nous avons insisté sur la nécessité d'établir une distinction entre les *diverses périodes de cette evolution.*

Il faut savoir non seulement les *divers âges*, auxquels apparaissent les différents groupes dentaires (de 6 mois à 2 ans pour les dents de lait, de 6 à 7 et de 13 à 14 pour les 2 grosses molaires, de 5 à 15 pour le remplacement des 20 dents de lait, de 16 à 44 pour la dent de sagesse, celle-ci seule pouvant à la rigueur être séparée de l'enfance); mais il faut aussi, *dans l'évolution de chaque groupe dentaire* et mieux *de chaque dent*, distinguer, comme nous l'avons fait, trois périodes : 1° *l'évolution intramaxillaire*; 2° *la sortie ou éruption de la dent*; 3° *l'évolution extramaxillaire,* celle-ci durant jusqu'à ce que la dent, déjà visible, ait effectué son entière évolution.

Si l'on songe, en outre, aux *relations étroites qui existent, d'une part, entre le trijumeau et les dents qu'il innerve* et auxquelles il donne leur sensibilité ; d'autre part, entre le trijumeau (ce nerf sensitivo-moteur aux racines bulbo-protubérantielles si vastes et si étendues) et la moelle, le cerveau, le sympathique lui-même, on s'expliquera aisément bien des

troubles, survenus au moment et à l'occasion de l'évolution dentaire, qui ne pourraient être expliqués sans cela ou qui du moins recevraient nécessairement une fausse interprétation.

Symptomatologie. — Nous distinguerons tout d'abord la *première* de la *seconde dentition* (1) ; nous étudierons ensuite les complications de l'une et de l'autre, soit localement, soit à distance.

Première dentition.— Les 20 dents de lait sont, si l'on peut ainsi parler, *plus superficielles, plus épithéliales* en un mot, c'est-à-dire *plus en rapport avec la surface muqueuse riche en filets nerveux et sensitifs. Leur évolution est beaucoup plus rapide, leurs dimensions sont bien plus ténues.* Tout va relativement vite, dans l'évolution de ces dents *éphémères*, qui rencontrent des *résistances assez grandes,* mais qui sont comme le coin qu'on enfonce et qui ouvre la voie, non seulement à leur partie la plus large, mais encore aux dents plus volumineuses de la deuxième dentition. Aussi, les accidents auxquels elle donne lieu sont-ils surtout aigus et de peu de durée.

Localement, le plus commun est la *stomatite*, débutant par la *gingivite;* vient ensuite, favorisé par l'inflammation buccale, le *muguet*. Nous les avons étudiés plus haut, mais celui-ci ne tarde pas à se généraliser. Il devient gastro-intestinal et entraîne à sa suite des troubles digestifs que nous avons déjà signalés.

La *fièvre* s'allume assez facilement. Elle est expliquée, soit par une excitation *nerveuse des centres thermiques*, soit par *l'infection, locale d'abord, puis générale, qui résulte du traumatisme gingival* (2).

La fièvre de dentition présente des types variés, ce sont : la *fièvre forte et éphémère*, que nous avons dénommée *en*

(1) L. Baumel. Accidents de première et de seconde dentition, in Nouveau Montpellier Médical, 1894. Voir, aussi, la thèse de M. le Dr Farhi. Evolution de la première et de la seconde dentition. Leurs accidents respectifs. Montpellier, 1901.

(2) Voir la thèse de M. le Dr Bottone sur la *Fièvre de dentition.* Montpellier, 1899.

paratonnerre, à cause de la disposition présentée par la

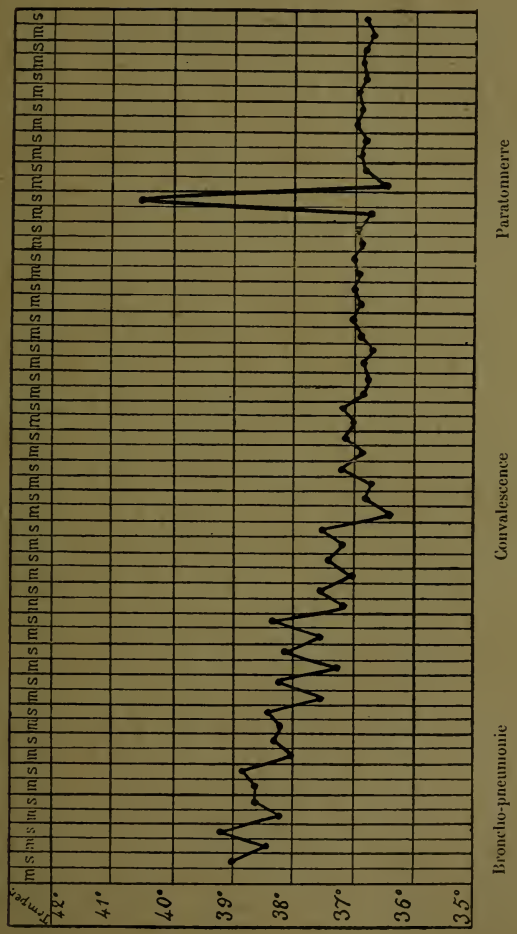


Fig. 31.

Fièvre de dentition (type paratonnerre) observée, pendant la convalescence d'une broncho-pneumonie chez un enfant de 6 mois, la veille de l'éruption de la première dent (Incisive médiane inférieure gauche).

courbe thermique; la forme *intermittente irrégulière;* enfin la *forme continue*. Elle varie, suivant les cas, de 38° et quelques

dixièmes à 40° ou 41° et au-delà. *Souvent même, après une*

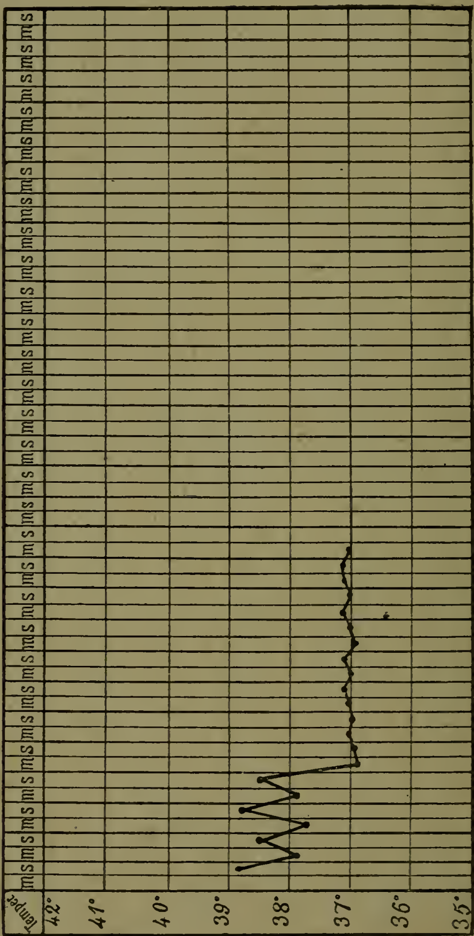
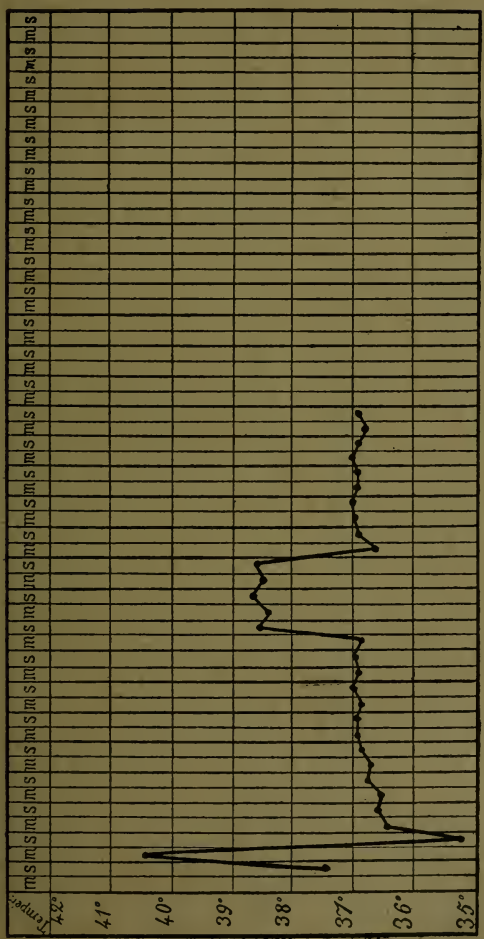


Fig. 32.

Fièvre de dentition (type intermittent, irrégulier et presque rémittent) observée, chez un garçon de 7 ans, à l'occasion de l'éruption de la première grosse molaire inférieure (droite et gauche).

fièvre ou un accès de fièvre très intense, on voit se produire de

l'hypothermie momentanée, parfois excessive, *avec ou sans*



Paratonnerre. Hypothermie. Type continu-continent.

Fig. 33.

Fièvre de dentition (type paratonnerre et type continu-continent, avec *hypothermie* très marquée immédiatement après l'hyperthermie) observée, chez une fillette de 12 ans, à l'occasion de l'éruption de la canine inférieure gauche de remplacement.

tendance lipothymique.

Au cours de la première dentition, on voit aussi survenir des *vomissements* et de la *diarrhée, jaune ou verte*, soit qu'il existe du muguet, soit que l'on se trouve en présence de la gastro-entérite ou de l'indigestion des liquides par soif intense, étant données la sensation grande de chaleur buccale et la fièvre plus ou moins élevée.

Il arrive parfois, au contraire, que le petit malade refuse toute alimentation et toute boisson, en raison de la douleur provoquée par les efforts de succion, s'il s'agit d'allaitement, ou par la simple température (chaude ou froide) des liquides ingérés.

Bien souvent le nourrisson garde le bout du sein ou la tétine du biberon dans sa bouche d'une façon continue, véritable corps étranger qu'il *mâche*, de temps à autre, pour calmer l'agacement gingival, résultant de l'évolution des dents. De là, la nécessité de ronds en os ou en ivoire plutôt qu'en caoutchouc, les premiers étant plus frais et plus résistants que les seconds, par suite, plus agréables et plus utiles.

La diarrhée et les vomissements dans ces cas, passagers d'ordinaire c'est-à-dire ne durant que quelques heures, sont, comme la fièvre, les accidents nerveux (insomnie, convulsions) ou cutanés, etc., *plus intenses au moment où va s'effectuer la sortie de la dent*.

L'éruption de celle-ci une fois produite, tout rentre dans l'ordre, d'habitude, rapidement. C'est ce qui nous a fait dire parfois, dans ces conditions, que *plus un enfant est ou paraît malade, plus il se trouve, bien souvent, sur le point de la défervescence et de la crise, c'est-à-dire de la guérison*. De nombreux cas nous ont donné raison à ce point de vue.

Du côté du système nerveux, ce sont surtout les *convulsions internes ou externes* (voyez ces mots), exceptionnellement toutefois la *syncope elle-même*, qui surviennent.

Du côté de la *peau* on observe, plutôt comme symptôme que comme complication de l'évolution dentaire, des *sueurs profuses*, que nous avons été peut-être le premier à signaler.

Ces sueurs se produisent *la nuit comme le jour, en hiver comme en été, surtout quand les enfants reposent et dorment*. Ils sont, c'est le cas de dire, *inondés de sueur*.

L'eczéma impétigineux de la face et du cuir chevelu (voir ce mot) est souvent observé dans ces conditions. Ses diverses alternatives, de poussée ou d'arrêt, s'expliquent par celles de l'évolution dentaire elle-même. On voit fréquemment, qu'il existe ou non de l'eczéma impétigineux (V. sa description), des adénites sous-maxillaires ou cervicales, véritables polyadénites le plus souvent, quand il n'y a que l'évolution dentaire pour les produire et les expliquer. Ce sont elles, très certainement, qui ont fait décrire cette *fièvre*, dite *ganglionnaire*, à laquelle M. Comby a attaché son nom et que, pour mon compte, je n'ai jamais observée en dehors des conditions précédentes.

Ces adénites siègent à l'angle antérieur du maxillaire inférieur, à l'angle externe du même os, sur le trajet enfin de sa branche transversale ou le long du bord postérieur de sa branche montante, et se terminent le plus souvent par résolution.

Deuxième dentition. — Quand évoluent les dents définitives d'emblée ou même celles de remplacement, on observe, comme complications ou accidents, des états pathologiques de longue durée, mais d'ordinaire moins intenses, plus chroniques par conséquent.

Ce sont, du côté de la *bouche* : de la *carie des dents de lait*, des *abcès dentaires*, de la *gingivite* et de la *stomatite chroniques*, enfin de la *mastication incomplète*.

Du côté de *l'appareil digestif:* d'abord la *dyspepsie de la seconde enfance*, précédemment décrite, donnant lieu à des *vomissements*, principalement *matutinaux* et *presque toujours alimentaires*; mais, aussi, la diarrhée.

Du côté du *système nerveux*, ce sont : la *chorée de Sydenham*, rarement observée au cours de la première dentition c'est-à-dire avant deux ans, beaucoup plus commune de 6 à 15 et plus particulèrement aux deux extrêmes de cette période (V. plus loin notre description de cette névrose), les convulsions épileptiformes, etc.

L'incontinence nocturne d'urine (qu'on n'observe pas au cours de la première dentition, où elle présente des diffi-

cultés de constatation assez grandes, étant donné qu'avant deux ans il est rare que les enfants demandent régulièrement à satisfaire leurs besoins) est depuis longtemps considérée, par nous, comme un accident de dentition (1).

Il existe même parfois, au cours de la seconde dentition, un certain *état syncopal*, qui accompagne assez souvent la dyspepsie, la gastralgie et l'anémie de même origine ou de croissance.

Du côté de la peau, enfin, nous signalerons surtout l'eczéma de la nuque (V. eczéma impétigineux),

Diagnostic. — Le diagnostic de ces divers états est facile, en général, pour quiconque est un peu habitué à la clinique pédiâtrique. S'il est relativement aisé de les diagnostiquer en temps ordinaire, il n'en est pas toujours ainsi, surtout au cours ou pendant la convalescence d'autres états pathologiques, aigus ou chroniques. C'est dans ces cas que se révèle toute la sagacité clinique et éclairée du pédiâtre expérimenté.

Pronostic. — Il est généralement bénin.

Traitement. — Il varie avec chacune des complications sus-nommées (Voir leur étude respective).

Quant à la fièvre et à la polyadénite, elles indiquent la nécessité d'une antisepsie buccale parfaite (lavages boriqués, etc., etc.), parfois aussi celle du tube digestif (benzonaphtol, salicylate de bismuth ou de magnésie), sinon de l'organisme lui-même (lixiviation, déjà mentionnée précédemment).

XII. — Choléra infantile

Définition. — Le choléra infantile est une maladie très fréquente dans la première enfance, pendant la période estivale et, en France, dans le Midi. Elle tire son nom de l'analogie qu'elle présente avec le choléra des adultes.

(1) Voir, plus loin, notre description de cette maladie et notre leçon sur ce sujet, in Leçons cliniques sur les maladies des enfants. Paris, Masson, 1893 ; enfin les thèses de MM. les Drs Stefanini et Fasso. Montpellier, 1900 et 1902.

Etiologie. — Les causes du choléra infantile sont : d'abord la *gastro-entérite plus ou moins ancienne, aiguë ou chronique;* puis, les *chaleurs*; enfin, le *sevrage* et surtout le *lait de mauvaise qualité*, mais *principalement les altérations nombreuses* (*fermentations* de toute nature) *dont il est susceptible* pendant la saison chaude, ainsi que la production, sous cette influence, de *toxines*, sur lesquelles la stérilisation du lait n'a plus aucune action destructive ou neutralisante (Marfan). Elle n'exerce en effet, à leur égard, qu'une action préventive, ainsi que nous l'avons vu plus haut (V. Considérations générales).

Symptomatologie. — Un enfant, nourrisson d'ordinaire, *principalement parmi ceux qui sont allaités artificiellement ou dont le sevrage est de date récente, est atteint de gastro-entérite depuis déjà quelque temps, quelques jours au moins.* Les *selles, abondantes, étaient jusque-là d'un jaune verdâtre ou même vertes*, lorsque *tout à coup* elles *deviennent encore plus fréquentes*, si c'est possible, mais *séreuses, aqueuses*, pour employer le mot consacré par l'usage.

Les *urines sont rares.* La *température descend au-dessous de la normale;* le petit malade est en *hypothermie.* En outre, *son faciès, ses mains, son tégument externe, ses muqueuses* (lèvres, etc.) *bleuissent.* Il se produit un *état cyanotique* particulier, *plus ou moins intense dès l'origine, qui ne fait que s'accroître très rapidement* et à vue d'œil, pour ainsi dire.

La *fréquence des selles, l'anurie, l'hypothermie*, la *cyanose augmentent* d'heure en heure et *ce petit malade, qui jusque-là paraissait n'avoir qu'une diarrhée simple, estivale, de sevrage ou de dentition, est emporté en 24 ou 48 heures avec tous les accidents et toute la symptomatologie du choléra le plus intense de l'adulte.*

Les *vomissements* eux-mêmes, très fréquents d'ordinaire, se produisent dans cette période cholérique de la gastro-entérite ou de la diarrhée, les plus banales en apparence à leur début, en même temps que le *ventre se creuse en bateau*, que les *traits*, déjà cyanosés, *se tirent*, que le *faciès devient crispé*, que les *yeux s'excavent, cernés principalement à leur partie inférieure d'un cercle bleuâtre de plus en plus intense.*

A la *période ultime*, des *convulsions* peuvent se produire et le *petit malade succombe aux progrès de la cyanose et de l'asphyxie*, qui résultent de cet état, *des plus graves aussitôt qu'il se révèle, état que le pédiâtre*, sage et expérimenté, *sait prévenir pour n'avoir pas à le combattre.*

Diagnostic. — Le diagnostic du choléra infantile est des plus faciles, comme cela résulte de la description symptomatique que nous venons d'en faire. Mais, ainsi que nous l'avons dit, tout pédiâtre sagace préviendra cette complication, grave et le plus souvent mortelle, des gastro-entérites estivales du premier âge, de sevrage ou de dentition, en traitant celles-ci énergiquement, dès leur début, et en empêchant, par suite, la production d'accidents aussi redoutables, qui figurent pour une si large part dans l'accroissement de la mortalité infantile, pendant les mois les plus chauds de l'année et dans le midi de la France (1).

Pronostic. — Ainsi que nous venons de le dire, le choléra infantile est une maladie des plus mortelles. Les auteurs citent bien, de temps à autre, quelques cas de guérison, mais ces cas ne sont que l'infime minorité, à côté du nombre considérable de ceux qui sont suivis de mort.

A ce point de vue, il serait à désirer que le public lui-même fût prévenu de la *gravité excessive que peut revêtir, à un moment donné, la gastro-entérite ou la diarrhée estivale des jeunes.*

Certaines municipalités ont déjà pris, à cet égard, une initiative louable. Mais ces efforts, isolés et forcément limités, ne peuvent avoir qu'une action circonscrite.

La ligue qui vient de se former, en France, contre la mortalité infantile, sous la présidence de M. le Dr Théophile Roussel, sénateur, et qui étend déjà ses ramifications dans la France entière, nous paraît appelée à rendre, à ce point de vue, les plus signalés services.

Elle aura, nous en sommes convaincu, un retentissement

(1) Voir la thèse de Mlle Vinsonneau-Blum (Mme Cayrol), sur la mortalité infantile à Montpellier, de 1892 à 1901. Montpellier, 1902.

beaucoup plus considérable encore. Son action, humanitaire et bienfaisante, ne tardera pas à être imitée dans tous les pays du monde et, par suite, à porter ses fruits dans l'univers entier (1).

Ce qui aggrave encore le pronostic du choléra infantile, c'est, d'abord, l'état général du sujet, antérieur à la maladie actuelle et habituellement mauvais ; c'est, ensuite, la durée déjà plus ou moins grande de la gastro-entérite, au cours de laquelle se sont produits les accidents cholériformes ; c'est, enfin, le *moment du sevrage*, celui de *l'évolution dentaire*, causes qui, l'une et l'autre, sont *susceptibles*, par elles seules, *d'entretenir la diarrhée ainsi que les évacuations, abondantes et séreuses, qui surviennent à la période ultime.*

Traitement. — Le traitement du choléra infantile est d'abord *prophylactique.*

Avant même qu'un enfant du premier âge ait la diarrhée ou la gastro-entérite estivale, il devra être l'objet d'une surveillance particulière de la part des parents et même du médecin, surtout s'il est *allaité artificiellement* et s'il est au *moment du sevrage* ou en *période d'évolution dentaire.* Ce sont là, en effet, les *trois grands facteurs de production de la diarrhée estivale* et, *par suite, du choléra infantile.*

Si, contre le sevrage et l'évolution dentaire elle-même, le pédiâtre n'a qu'une action limitée ; il en a une au contraire, le plus souvent considérable, sur l'allaitement.

Qu'un enfant dans ces conditions soit pris, en été, de diarrhée, le médecin doit être tout de suite consulté. Que doit-il faire le plus souvent ? Le voici. L'enfant peut-il être mis en nourrice pour quelques mois encore ? On doit l'y mettre aussitôt, à une condition toutefois, c'est que la nourrice soit bonne, qu'elle ait du lait excellent et en quantité suffisante, que les tètées soient régulières et leur abondance en rapport avec l'âge de l'enfant (Voir plus haut, page 9, les règles que nous avons données à cet égard).

(1) Voir la thèse de M. le Dr Ravelonahina intitulée : La dépopulation à Madagascar et les moyens d'y remédier principalement par la puériculture. Montpellier, 1902.

Supposons, au contraire, qu'une nourrice ne puisse pas être donnée à l'enfant, ce qui arrive assez fréquemment dans la saison chaude, époque à laquelle, dans notre région, on sèvre peu d'enfants pour les raisons ci-dessus exposées. Dans ce cas, le médecin doit conseiller l'usage du *lait stérilisé*. Celui-ci peut être déjà stérilisé au moment où on se le procure; ou bien, à l'aide d'un appareil de Budin, de Soxhlet ou autre, on le stérilise soi-même à la température de 70°, ce qui est infiniment préférable à l'ébullition, moyen efficace sans doute, mais qui présente l'inconvénient sérieux de faire subir au lait des altérations profondes, qui le rendent plus indigeste, soit que l'on considère les substances albuminoïdes qui entrent dans sa composition, soit que l'on envisage les zymases qui y sont contenues et qui sont plus ou moins utiles à la digestion de cet aliment.

Un point essentiel, sur lequel nous ne saurions trop insister, c'est que la *stérilisation du lait doit avoir lieu presqu'immédiatement après la traite* et, dans tous les cas, *le plus tôt possible après cette dernière.*

De là, l'utilité extrême de l'établissement de ces « *Gouttes de lait* », qui fonctionnent déjà à Paris, à Fécamp, etc., et qui ont pour but de *distribuer, gratuitement aux indigents, moyennant rétribution aux personnes aisées, le lait stérilisé nécessaire à l'enfant.*

Comme *on ignore le moment précis de la traite*, en ce qui concerne le lait ordinaire du commerce ; comme *on ne connaît pas les diverses manipulations auxquelles il a été soumis* (filtrage malpropre, etc.); comme *on ne sait point si déjà les fermentations ne s'y sont pas produites* et *si les toxines n'y sont pas contenues en abondance ;* la *stérilisation du lait ordinaire, au moment où il entre dans la maison, ne nous paraît nullement une garantie suffisante au point de vue des jeunes, en été, surtout s'ils ont déjà de la gastro-entérite ou simplement de la diarrhée.*

Cette stérilisation peut bien détruire les microbes contenus dans le lait ; mais, sûrement, *elle ne détruit pas les toxines* qui en résultent, d'où une *toxicité toute chimique de ce liquide, qui,*

à elle seule, peut produire ou aggraver la diarrhée, sinon déterminer le choléra infantile de toutes pièces.

Nous sommes d'autant plus persuadé que tel est le degré de toxicité du lait, dans ces conditions, que *nous avons vu le choléra de l'adulte se développer souvent, toujours en été, à la suite d'imprudences alimentaires analogues*, de *l'ingestion surtout d'aliments altérés sous l'influence de la chaleur et des fermentations que détermine ou favorise cette dernière.*

C'est ainsi du moins que l'on s'expliquera, à notre avis, les divers cas de *choléra nostras* survenus pendant la saison chaude, sinon ceux, même, de choléra asiatique, malgré la présence dans bien des cas de celui-ci, mais non dans tous, d'un microbe réputé spécifique.

Peut-être un jour, choléra indien, choléra nostras, choléra infantile, ne *feront qu'un*, grâce aux progrès de la bactériologie mieux informée et plus instruite sur le rôle dévolu au microbe, dans certains cas, sur son absence dans certains autres, confondus par la clinique avec les précédents, dont ils ne diffèrent en rien, quoi qu'on en dise, ni par la symptomatologie, ni par la gravité, ni par l'issue fatale, aussi commune dans les uns que dans les autres.

Pour le traitement de la diarrhée ou de la gastro-entérite, voir le chapitre y afférent, page 298.

A supposer que les accidents persistent, malgré l'alimentation rationnelle et inoffensive que nous venons d'indiquer, bien des moyens ont été conseillés, dans le choléra infantile, comme dans le choléra des adultes. Nous *repoussons le bain sinapisé ;* peut-être, à la rigueur, aurions-nous *recours au bain chaud, susceptible de favoriser la diurèse.* Nous préférerions, de beaucoup, soit la *diète hydrique*, pour 24 ou 48 heures seulement, soit surtout les *injections sous-cutanées de sérum artificiel* (à 7 grammes de chlorure de sodium, pour 1000 gr. d'eau), renouvelées plusieurs fois dans la journée.

Ces injections ont pour effet de permettre la *lixiviation* de l'organisme, que rendent impossible ou incomplète l'anurie, les vomissements, la diarrhée abondante.

Elles favorisent, en outre, l'*élimination des substances toxiques*, développées ou introduites dans l'organisme.

Aussitôt que l'aliment de prédilection, le lait, peut être toléré, on doit y recourir sans la moindre hésitation. On le reconnaît surtout à la diminution du nombre de vomissements et, encore mieux, à leur disparition. Les complications telles que le muguet, si fréquent au cours de la dentition, et qui pourront exister, dans ces cas, devront être énergiquement et méthodiquement combattues (voir plus haut).

Enfin, *avant même qu'apparaisse le choléra infantile, un des meilleurs moyens de le prévenir, en faisant cesser la gastro-entérite, consiste à envoyer le petit malade dans un climat d'altitude (6 à 700 mètres au minimum), où n'existent point la gastro-entérite et où ne se produisent pas les altérations du lait, qui la déterminent.* On obtient ainsi un amendement rapide des accidents et une guérison presqu'immédiate. Quelques précautions s'imposent alors, on le conçoit sans peine, au point de vue du vêtement et de l'habitation, pour éviter les *refroidissements*.

De là, la nécessité des *sanatoria populaires d'altitude*, pour enfants pauvres, que nous réclamons depuis si longtemps (1). La question a déjà été soulevée au Conseil général de l'Hérault et votée, en principe, en 1901 et 1902. Souhaitons que sa solution, dont les effets seront des meilleurs, ne se fasse pas longtemps attendre, dans l'intérêt de la première enfance, si éprouvée et si abondamment moissonnée, chez nous, pendant la saison chaude.

XIII. — **Dysenterie. — Entérocolite de Bouchut.**

Définition. — La dysenterie est l'inflammation du gros intestin.

(1) L. Baumel. Inauguration de la Clinique des maladies des enfants de l'Hôpital suburbain, faite le 12 avril 1899, en présence de M. Leygues, ministre de l'Instruction publique, in Nouv. Montp. méd., T. VIII, 1899.

Etiologie. — Les causes qui la déterminent chez l'enfant sont, comme chez l'adulte, le *froid,* les *acides* contenus dans les aliments (oseille, tomate, fruits incomplètement mûrs, etc) ou dans les boissons (vinaigre, vin piqué, acide tartrique, etc.) et, *surtout, le mélange, dans un même repas, d'acides* (citron, mayonnaise, civet) *et de substances sucrées* (riz au sucre, crème, gâteaux, etc.). Ces mêmes substances, ingérées par la nourrice, peuvent produire des effets identiques chez le nourrisson.

Bien d'autres causes ont été incriminées, telles que l'*eau* dans certains pays. Les principales sont celles que nous avons énumérées ci-dessus, nous y ajouterons : les *corps étrangers, alimentaires surtout, de l'appareil digestif;* enfin, *la dentition* (Bouchut) (1).

Symptomatologie. — Ce qui caractérise la dysenterie ou entérocolite, ce sont surtout les *coliques*, les *envies fréquentes d'aller à la selle.* Ces envies sont de *véritables épreintes douloureuses, qui restent, presque toujours, non satisfaites.* A peine le malade a-t-il quitté la garde-robe, qu'il éprouve le besoin d'y revenir, sans que ce besoin soit, en aucune façon, calmé (*ténesme*) par les *évacuations diverses* qui ont lieu.

Celles-ci, peu abondantes d'ailleurs, se composent de *mucosités, teintées de sang ou non.* Elles offrent parfois, par le mélange intime de ces deux éléments, l'aspect du véritable *crachat rouillé* de la pneumonie. Quelquefois même le *sang pur* se retrouve dans les fèces. On dit alors que les selles sont sanglantes.

La *fièvre,* plus ou moins intense, accompagne d'ordinaire cette inflammation du gros intestin. Elle varie de 38° à 40° et 41°, chiffre qu'elle atteint souvent, quelquefois même d'emblée.

L'enfant pousse des *cris perçants,* principalement au début, *en raison des coliques, vives et douloureuses,* qu'il res-

(1) Bouchut. Entérocolite, in Maladies des nouveau-nés, des enfants à la mamelle et de la seconde enfance. J.-B. Baillière et fils. Paris, 1873, pages 525 et 548.

sent. Nous avons vu parfois, en hiver surtout, tel enfant, bien portant jusque-là ou du moins atteint d'une simple diarrhée de dentition, *sortir* content *pour la promenade* et *rentrer chez lui en se tordant de coliques et en poussant des cris affreux, bientôt suivis de fièvre intense.*

Plus l'enfant est jeune et *plus celle-ci agit sur le système nerveux,* au point de vue de la production de la *somnolence,* du *coma,* des *convulsions.*

Nous avons vu, en particulier, un enfant de six mois, rentrant de la promenade vers quatre heures de l'après-midi avec le tableau symptomatique ci-dessus, n'être, le *soir même de ce jour,* que comme un *corps inerte et brûlant* au moment où on le langeait, c'est-à-dire au moment où, d'ordinaire, il était très éveillé et s'intéressait particulièrement aux choses qui l'entouraient.

Ce qui paraissait ajouter encore à cette inertie et, si l'on préfère, à la somnolence ou au coma fébrile, c'est l'*absence de tout mouvement* des membres, supérieurs et inférieurs, ainsi que l'*occlusion complète* des yeux par les paupières.

Il semble qu'il y ait alors des *convulsions internes,* qui sont beaucoup plus faciles à apprécier et à reconnaître lorsque les yeux sont entr'ouverts, le globe conservant, ainsi, une immobilité absolue, même quand on fait passer un corps étranger, le doigt par exemple, au devant de l'œil et à faible distance de ce dernier (voir Convulsions).

L'allaitement, on le conçoit sans peine, est difficile, sinon impossible, dans ces conditions. Non seulement aussi longtemps que dure le coma, nous pourrions dire la fièvre intense, l'enfant ne peut pas téter, mais encore, si l'on parvient à lui faire avaler quelques cuillerées de lait maternel ou de la nourrice et, à défaut, animal, elles sont presqu'infailliblement rejetées par le vomissement.

Si le lait de femme est relativement bien supporté, il en est tout autrement du lait animal. Il semble que la composition spéciale de celui-ci (excès de caséine pour le lait de vache, de beurre pour le lait de chèvre ; ferments propres à chacun) en soit la raison ordinaire, à laquelle viennent s'ajouter la fièvre,

l'évolution dentaire, leur retentissement gastrique, peu apte à favoriser la digestion.

Aussi nous avons vu bien souvent, dans ces cas, le lait animal tout à fait mal supporté, qu'on l'administrât seul ou qu'il fût coupé au contraire avec 1/4, 1/3, 1/2, 2/3 ou même, 3/4 d'eau bouillie.

Celle-ci administrée seule, sous forme de tisane peu sucrée, a souvent été supportée admirablement, quand la moindre quantité de lait, même très dilué, était fatalement réjetée.

Il est important de connaître ce fait, capital selon nous, et que nous avons signalé ailleurs, il y a déjà fort longtemps (1). L'emploi exclusif de l'eau bouillie, dans ces conditions, a le double avantage : *d'humecter, par son absorption, les divers tissus; puis*, de *favoriser la sudation et l'urination*, par suite, *l'élimination des éléments infectieux ou des substances toxiques, normales ou pathologiques, de l'organisme.*

C'est ce grand lavage que nous avons qualifié, dès 1888 (2), de *lixiviation* de l'organisme. Quant au moyen, nous l'avons dénommé, dès cette époque, *bain interne.* C'est ce que, plus tard, on a appelé du nom de *diète hydrique*, moins explicite à notre sens, parce qu'il ne montre pas aussi bien *l'action de laver* ou d'*exercer un effet émollient d'imbibition*, pas plus qu'il ne fait pressentir, d'ailleurs, que *le rein peut se fermer*, soit par *infarctus uratique, soit par lésion épithéliale, résultant de la fièvre ou des infections et intoxications diverses, exogènes ou endogènes;* tandis que l'eau bouillie ou les tisanes légèrement sucrées et plus ou moins aromatisées (eau de fleur d'oranger, etc.) peuvent, à elles seules, remédier à ce fâcheux inconvénient.

Il n'est pas nécessaire, toutefois, que l'usage en soit pro-

(1) L. Baumel. Histoire d'une première dentition. L'eczéma impétigineux de la face et du cuir chevelu chez l'enfant. Montp. Méd. 1888, et Leçons cliniques sur les maladies des enfants. Paris, Masson, 1893.

(2) L. Baumel. Eodem loco.

longé outre mesure. Après 24 ou 48 heures, l'effet est déjà suffisant, d'ordinaire. On peut alors recourir, soit à l'allaitement naturel, s'il dure encore, soit à l'addition d'une faible quantité de lait d'abord, d'une plus grande ensuite, à la tisane, pour arriver lentement et progressivement au lait pur, à mesure que des proportions de plus en plus grandes de cet aliment, dans l'eau bouillie, sont supportées. On doit toujours tenir compte, même pour celle-ci, de la *dose à donner en une fois, suivant l'âge de l'enfant*, et se rappeler que : *mieux vaut encore qu'il en garde peu que d'en vomir beaucoup.*

Marche, Durée, Terminaison. — Aussitôt qu'on a pu faire supporter au malade un peu de liquide tiède et que sous cette influence la sudation et l'urination ont pu s'établir, éliminant l'une et l'autre bien des principes nocifs, normaux ou anormaux, la fièvre commence à diminuer, insensiblement d'abord, puis progressivement, enfin elle disparaît. Les épreintes deviennent de moins en moins fréquentes et douloureuses ; elles finissent même par cesser complètement. Les matières évacuées sont moins mucoso-sanguinolentes et deviennent de plus en plus normales, liquides d'abord, solides ensuite.

On a eu raison de le dire : *la dysenterie est une véritable constipation.* Quelques jours suffisent, d'ordinaire, pour produire le changement que nous venons de signaler. La guérison est la règle générale. Exceptionnellement on voit le sphacèle survenir et des matières gangréneuses être contenues dans les fèces.

Tout rentre dans l'ordre, habituellement, aussitôt que les vomissements diminuent ou se suppriment et qu'un peu de liquide est supporté.

Diagnostic. — On ne pourrait guère confondre, avec la dysenterie au début, que les *coliques du nourrisson*, déterminées par le *froid* ou par une *ingestion de lait animal trop abondante.*

Ces coliques, parfois très intenses, sont presque toujours passagères. La chaleur les calme très rapidement (fomentations chaudes à l'huile de camomille camphrée, cataplasmes chauds, sur l'abdomen). Elles sont aussi, généralement, apyrétiques.

La dysenterie survient principalement chez des enfants ayant déjà un peu de diarrhée et se trouvant en évolution dentaire. Le *pronostic* n'en est pas très grave à moins que, les vomissements persistant, le rein ne se ferme et que, par suite, ne se produisent le *coma*, la *fièvre intense*, enfin les *convulsions, internes d'abord, externes ensuite, pouvant même entraîner la mort.*

Traitement. — Le traitement découle tout naturellement de ce que nous avons dit plus haut. Même, quand on ne donne que de la tisane. c'est *toutes les trois heures seulement et, toujours, au moins deux heures après le dernier vomissement.*

La potion du muguet, à l'eau de chaux, ou un julep gommeux, au benzonaphtol avec salicylate de bismuth ou de magnésie suivant les cas, nous ont rendu souvent de signalés services, dans ces conditions. On peut donc y recourir efficacement, d'ordinaire.

XIV. — Vers intestinaux

De tous les vers intestinaux, les lombrics sont certainement les plus fréquents chez l'enfant ; viennent ensuite les oxyures, puis les tænias.

1° Ascaride lombricoïde.

Les lombrics sont des vers cylindriques, plus volumineux dans leur partie moyenne, effilés au contraire à leurs deux extrémités. Ils sont de dimension différente, suivant l'âge de l'enfant. Larges de quelques millimètres (3mm2 pour le mâle, 5mm à 5mm5 pour la femelle); ils ont une longueur qui varie (de 15 à 17 centimètres pour le premier, de 20 à 25 pour la seconde) (1).

Leur couleur, parfois d'un blanc gris, est rougeâtre le plus souvent. On en trouve d'ordinaire, chez le même sujet, un

(1) Neveu-Lemaire. Parasitologie animale. Société des éditions scientifiques. Paris, 1902, page 97.

grand nombre. Nous avons connu des enfants qui en ont rendu de 15 à 20, dans l'espace de quelques semaines ou de quelques mois.

Etiologie. — C'est *avec les aliments* (crudités, salades) ou *dans les eaux de boisson* que l'œuf du parasite est ingéré ; après quoi, il éclôt dans le tube digestif, où l'embryon se développe et grandit.

Mais *il ne suffit pas que les œufs de lombric arrivent dans les voies digestives, il faut encore qu'ils y séjournent et qu'ils y trouvent des conditions favorables à leur développement.*

Nous n'en connaissons pas de meilleures que la *dilatation de l'estomac* et *celle du cœcum* (si fréquentes chez l'enfant), ainsi que l'*inflammation catarrhale* (qui en résulte). Cela donne en partie raison à Fuster, qui a signalé l'influence de l'affection catarrhale (1) sur ce qu'il appelle la *diathèse vermineuse.*

Nous nous sommes depuis longtemps prononcé, à l'égard de l'action favorable de la dilatation gastrique et cœcale à ce point de vue, dans notre leçon, sur le *Polyparasitisme de l'appareil digestif*, où, avec de *nombreux ascarides lombricoïdes*, nous notons, dans un cas, l'existence de *plusieurs œufs de trichocéphale* et, *ce qui est infiniment plus rare et beaucoup plus exceptionnel*, *de quelques œufs de tænia armé* (2).

La dilatation de l'estomac et celle de l'intestin cœcum sont assez fréquentes, nous l'avons dit, chez l'enfant. Elles sont dues à la mastication incomplète, qui résulte des névralgies, liées à la carie ou à l'évolution dentaire, et de la rapidité avec laquelle s'effectuent les repas, à cet âge, en raison des distractions qui lui sont inhérentes ou de l'inintelligence de l'enfant à l'égard de la mastication parfaite.

Dans le cas de polyparasitisme, auquel il est fait allusion plus haut, nous avons trouvé, dans les fèces, jusqu'à de *gros*

(1) J. Fuster. Monographie clinique de l'affection catarrhale, 2e édition, Paris 1865.

(2) L. Baumel. Leçons cliniques sur les maladies des enfants. Paris, Masson, 1893, page 74.

morceaux de peau d'orange, qui avaient certainement fait office de *bouchon*, à un moment donné, soit au pylore, soit à la valvule iléo-cœcale, retenant ainsi en arrière d'eux, pendant un certain temps, les œufs de parasite et favorisant, de la sorte, leur séjour et leur éclosion dans l'estomac ou dans l'intestin de l'enfant.

Symptômes. — On a décrit bien des symptômes, qui ne sont point l'indice suffisant de la présence de vers dans l'appareil digestif, tels sont : le *frottement du nez avec les mains fermées*, le *grincement des dents*. L'un et l'autre de ces symptômes nous paraissent beaucoup plus se rattacher à l'évolution dentaire, qu'on n'incrimine pas, d'ordinaire, à leur sujet.

Il en est tout autrement des *picotements douloureux*, accusés par certains malades, au cours de la seconde enfance sinon de la première, dans un point quelconque, mais limité, de l'abdomen, que ce point soit fixe ou variable.

Il en est de même d'une *certaine toux*, plus ou moins *sèche et opiniâtre*, *sinon quinteuse*, s'accompagnant parfois de *râles humides*, *disséminés dans tout le thorax*. Cette *toux*, d'ordinaire *intermittente*, est *fréquente principalement la nuit*. Cette intermittence pourrait, ainsi que le signale Hénoch pour quelques accidents liés aux oxyures (1), expliquer, dans certains cas, l'emploi de la quinine par des « *médecins* inexpérimentés » *se croyant en présence d'une fièvre intermittente larvée*. Nous avons nous-même observé quelquefois ce symptôme, sur des sujets fort intéressants.

Certain jour, à l'Hôpital général, voyant ainsi tousser une petite malade de mon service (salle des enfants de 2 à 4 ans), je lui prescrivis un *vomitif*. Sous cette influence, elle expulsa, à ma grande surprise et par le vomissement, *trois petits lombrics, les plus petits que j'aie jamais vus. La toux fut définitivement guérie.*

Plus tard (depuis que la clinique des maladies des enfants a été transférée à l'hôpital suburbain), j'ai soigné, à

(1) Hénoch. Maladies des enfants, 2e édit. Trad. Hendrix, Paris, 1885, page 421.

peu de distance l'un de l'autre, *deux cas* relatifs à des fillettes, que le hasard fit occuper successivement le même lit dans la salle Lalande et qui présentaient, avec de la *toux coqueluchoïde, des râles humides, disséminés dans le thorax, principalement en arrière et des deux côtés, de haut en bas.*

L'*expulsion d'un lombric par la bouche* me mit sur la voie, dans les deux cas, et, le *traitement vermifuge ayant fait rendre à ces malades plusieurs ascarides par les fèces, la toux et les râles disparurent* totalement et très vite, beaucoup mieux qu'ils ne l'avaient fait auparavant, sous l'influence des divers moyens médicamenteux dirigés contre eux et contre l'adénopathie bronchique ou la broncho-pneumonie chronique, dont ces fillettes nous avaient paru atteintes.

Nous avons vu aussi se produire, *simultanément avec la toux coqueluchoïde ou isolément*, des *phénomènes d'étouffement*, qui étaient dus à la présence des *lombrics dans l'œsophage*. Il en est de même de la *toux périodique et nocturne*, dont le *retour et la pathogénie sont suffisamment expliqués par le décubitus horizontal et le facile passage,* dans ces conditions, des *ascarides de l'estomac dans le tube œsophagien.*

Dans un autre cas, *au cours d'une scarlatine* datant de deux jours, j'ai vu des *vomissements incoercibles*, tenant à la présence d'un *très gros et très long ascaride dans les voies digestives supérieures* de la petite malade (5 ans). L'*expulsion du ver par la bouche mit fin à ces accidents*, dont l'intensité, au cours d'une scarlatine, était fort ennuyeuse et pouvait faire redouter, avant que leur vraie cause fût connue, une gravité particulière de la maladie.

A côté de la toux doivent prendre place, comme symptômes importants, les vomissements, parfois aussi la *diarrhée.*

La présence des lombrics dans l'appareil digestif est, d'ordinaire, *apyrétique.*

Quand il y a fièvre, il faut en rechercher la cause ailleurs : *évolution dentaire, gastro-entérite, broncho-pneumonie, méningite, tuberculose, fièvre éruptive, typhoïde*, etc.

Si l'on a pu relater des cas d'*abcès vermineux,* ils sont, il

faut le reconnaître, extrêmement rares. Pour notre compte, nous n'en avons pas observé un seul.

Certains auteurs prétendent que les *convulsions* sont susceptibles de se produire consécutivement à la présence de vers dans l'appareil digestif. Nous ne les avons jamais observées. Dans un cas de *méningite tuberculeuse* avec convulsions, nous avons bien constaté l'expulsion d'un *lombric*; mais, nous avons considéré ce dernier *comme étranger aux convulsions tardives et terminales de la maladie.*

Nous avons vu, d'un autre côté, des enfants rendant un très *grand nombre de lombrics* et ne présentant *pas le moindre accident nerveux.* Sans dénier toutefois ce rôle aux parasites digestifs, nous pensons que, s'ils étaient capables de produire des convulsions, ce ne serait jamais qu'à titre d'adjuvant, celles-ci, lorsqu'elles sont réflexes, nécessitant le plus souvent diverses provocations surajoutées (V. Convulsions).

On a parlé également d'un certain degré d'*anémie*, qui s'explique facilement, selon nous, non-seulement par la présence des parasites dans le tube digestif, mais encore par les conditions pathologiques, de ce tube, qui précèdent et favorisent leur développement. On a décrit aussi un *faciès*, que l'on pourrait appeler *vermineux* et qui, au *teint pâle* de l'anémie, ajouterait des *yeux cernés*, etc. Ces derniers symptômes, dont il faut cependant tenir compte, nous paraissent beaucoup moins importants que les précédents.

Diagnostic. — A défaut des parasites eux-mêmes, on doit, lorsqu'on soupçonne l'existence des lombrics dans l'appareil digestif d'un enfant, examiner les fèces au point de vue des œufs qu'elles peuvent contenir; ils y sont en très grand nombre, généralement. On évalue à 50 ou 60 millions le nombre d'œufs pondus par une seule femelle. Comme les femelles dominent, d'ordinaire, on doit trouver dans une évacuation alvine (moyenne ordinaire pour les 24 heures) des milliers d'œufs.

N'y aurait-il qu'une femelle dans l'appareil digestif, il suffit de plonger une épingle, dans les matières évacuées, pour emmener un grand nombre d'œufs du parasite. On étale les matières, ainsi obtenues, sur une lamelle, que l'on porte

aussitôt sous le champ du microscope. On constate aisément l'existence des œufs de lombric, que caractérisent *leur contenu granuleux*, leur *enveloppe à double contour*, mais *surtout la substance albumineuse* et *dentelée qui les entoure* ; il en est de même de leur dimension énorme, *60 à 70* μ.

Pronostic. — Le pronostic est généralement bénin. L'important est d'être mis sur la voie pour instituer le traitement, toujours efficace. La symptomatologie précédente doit facilement y amener, nous semble-t-il.

Traitement. — Le traitement est des plus simples. Il consiste à administrer, le matin et trois jours de suite, aux enfants au-dessous de 10 ans, 1 pastille ; aux enfants au-dessus de cet âge, 2 pastilles contenant chacune : santonine, 5 centigrammes. Le troisième jour, une heure après l'administration du vermifuge, on donnera : huile de ricin, 12 gr.

On s'assure, après ce traitement, qu'il n'existe plus d'œufs de lombric dans les fèces, sinon on le renouvelle. A plus forte raison doit-on le faire, si l'enfant rend encore des vers. On recommence, ainsi, jusqu'à disparition complète des uns et des autres.

2° Oxyures

Définition. — On désigne sous le nom d'oxyures de *petits vers blancs, filiformes*, de *3 à 12 millimètres de long*, qui ont pour habitat ordinaire *le rectum.*

Etiologie. — L'étiologie est *la même que pour les vers intestinaux en général (causes prédisposantes)* et *nécessite*, comme *cause déterminante, l'introduction, dans l'appareil digestif* de l'enfant, de *l'œuf spécial*, qui y arrive d'ordinaire par les *aliments* (végétaux crus) ou les *boissons* (eau d'alimentation).

Symptomatologie. — Comme symptômes de la présence des oxyures vermiculaires dans la partie terminale du gros intestin, les malades n'éprouvent guère que des *démangeaisons à l'anus.*

Encore est-il rare qu'ils en rendent compte eux-mêmes. Il faut, pour cela, qu'ils soient en âge de comprendre et de

s'exprimer, ce qui n'arrive que dans la seconde enfance c'est-à-dire à partir de 5 à 6 ans environ.

Avant cette époque, on peut soupçonner leur existence par *l'attitude de l'enfant*, qui, *assis sur sa chaise*, *remue sans cesse sur son séant*, profitant ainsi de la position qu'il occupe pour exercer, de la sorte, des *frottements destinés à calmer les démangeaisons* qu'il éprouve du côté de l'anus.

Malheureusement ces *frottements*, comme le *grattage avec les mains ou les ongles*, n'ont qu'un effet diamétralement opposé à celui qu'ils poursuivent, c'est-à-dire *l'exagération des démangeaisons existantes* et *l'adjonction*, à celles-ci, *d'une sensation de cuisson ou de brûlure*, due au passage, sur les exulcérations cutanées ainsi produites, d'un *muco-pus* plus ou moins abondant, lié à l'*hypersécrétion anormale dont le rectum est le siège*, à *la suppuration* et à *l'irritation*, sinon même à *l'infection*, des *plaies périanales*, déterminées par le grattage.

A *défaut du parasite lui-même*, *ces symptômes ont déjà leur importance*. La *certitude est absolue lorsqu'un ou plusieurs oxyures ont été aperçus*, soit dans les *matières fécales* de l'enfant, soit à la *marge de l'anus*, soit même à *l'intérieur de celui-ci*, quand on en déplisse les bords pour connaître la cause véritable des démangeaisons anales.

En l'absence encore du parasite, *l'examen des fèces au microscope révèle* aisément, dans ces matières, la *présence de nombreux œufs*, *petits*, *ovoïdes*, *caractéristiques*, *ayant de 50 à 54 μ de long sur 20 à 27 μ de large*.

On sera amené à pratiquer cet examen lorsqu'on constatera des démangeaisons anales, que rien ne justifie en apparence, ni eczéma marginal, ni hémorrhoïdes avec hypersécrétion.

On devra le pratiquer, aussi, toutes les fois qu'on se trouvera en face de *certains états nerveux (insomnie*, *tics*, *convulsions*, *chorée* et surtout *attaques épileptiformes ou*, *même*, *épileptiques)*.

Dans un cas de ce genre, chez une fillette de 13 ans, nous avons eu la bonne fortune de voir disparaître, avec les

oxyures, les accidents nerveux, qui revenaient, la nuit, sous forme d'attaques épileptiformes.

L'épilepsie ne reconnaît souvent pas, à son origine, d'autre cause que des excitations périphériques (dentition, parasites intestinaux, indigestions, constipation, etc.). Celles-ci étant dès l'abord combattues, les accidents nerveux cessent. Si elles sont négligées, au contraire, les accidents se répètent et ils ont d'autant plus de tendance à se reproduire, qu'ils se sont déjà répétés plus souvent. C'est là une des origines communes de l'épilepsie, curable à cette époque, incurable plus tard, sinon dans l'adolescence du moins dans l'âge adulte et l'âge viril. Le pédiâtre peut beaucoup dans ces cas, c'est à lui de le dire hautement aux familles et surtout de le démontrer par son habile intervention thérapeutique.

Les démangeaisons anales, dues aux oxyures, doivent être combattues d'autant plus rapidement et d'autant plus énergiquement, qu'elles sont incommodes d'abord, qu'elles mettent ensuite l'enfant dans un état d'agacement et de nervosisme tel, que, la moindre circonstance aidant (contrariété, évolution dentaire, etc), les convulsions ou les attaques épileptiformes surviennent et se reproduisent avec une extrême facilité. L'insomnie, les troubles a'imentaires et digestifs, l'anémie enfin, qui résultent des oxyures, favorisent également la production et le retour de semblables accidents.

Mais, là ne se bornent point les inconvénients de ces *démangeaisons anales, qui peuvent conduire à l'onanisme dans les deux sexes*, en produisant la congestion des organes pelviens, l'érection, les sensations voluptueuses, suivies des habitudes dont nous parlons, enfin même, chez la jeune fille, la vulvo-vaginite.

Cette maladie ne reconnaît parfois, en effet, d'autre cause que les oxyures vermiculaires ; soit que ceux-ci, cantonnés dans le rectum, n'agissent, sur les organes génitaux, que par *les produits irritants d'hypersécrétion ou même par les éléments infectants*, que le grattage porte de l'anus à la vulve et au vagin ; soit que les *parasites*, échappés du rectum, *se logent eux-mêmes dans ces cavités.*

Diagnostic. — Les *parasites expulsés*, tantôt *spontanément* au moment de l'examen anal, tantôt avec les matières fécales, sont évidemment le meilleur signe diagnostique. A leur défaut, l'examen des fèces, révélant la présence dans leur intérieur des *œufs d'oxyures*, est une preuve, semble-t-il, tout aussi suffisante et tout aussi démonstrative.

Les *autres symptômes*, signalés plus haut, ne constituent que des *probabilités* en faveur de l'existence de ces parasites et ne sauraient être considérés comme des signes certains et pathognomoniques.

Le *diagnostic différentiel* doit être fait, dans ce dernier cas, d'avec l'*eczéma simple* de l'anus, lié le plus souvent à une hypersécrétion rectale, qui peut reconnaître des causes différentes de celle que nous étudions. Telles sont les hémorrhoïdes, internes ou externes (que l'on observe parfois dans la seconde enfance et dont nous avons vu quelques exemples sous l'influence d'un régime alimentaire trop épicé) et la fissure à l'anus, que détermine à cet âge, plus fréquemment qu'on ne pense, la simple constipation, donnant lieu à l'expulsion de matières fécales très dures et très volumineuses.

Nous ne parlons que pour mémoire des *œufs* de *trychocéphale*, qu'on ne confondra pas avec les précédents, dont ils se distinguent par leur *forme oblongue*, leur *coloration roussâtre* et surtout leurs *deux opercules transparents, un à chaque pôle*.

Pronostic. — Le pronostic est généralement bénin.

Traitement. — Le traitement est des plus simples. Il consiste en *lavements de décoction de gousses d'ail* ou, simplement, de *solution de sel marin*. On a conseillé, à titre de parasiticide, l'*onguent napolitain* ou, du moins, l'*onguent mercuriel simple*, introduit dans le rectum, et le *calomel*, administré par la voie gastrique (nous préférerions en lavements). Il nous paraît inutile de recourir à des moyens aussi énergiques et qui ne sont pas toujours inoffensifs, en raison de la stomatite ou de la gastro-entérite, de l'intoxication mercurielle enfin, auxquelles ils donnent lieu si fréquemment.

Nous en dirons autant de la *santonine* et des *divers parasiticides ou vermifuges*, que nous donnerions, de préférence aussi, en *lavements*, si nous les jugions utiles dans ces cas.

3° Tœnias

Définition. — Les tœnias sont des vers *plathelmintes*, de l'ordre des *cestodes*, qu'on observe assez fréquemment chez l'enfant, moins toutefois que les ascarides.

Étiologie. — On distingue le *tœnia inerme*, qui vient du bœuf (*cysticercus bovis*); le *tœnia armé*, qui vient du porc (*cysticercus cellulosæ*, ladrerie); enfin, le *bothriocéphale*, provenant de l'ingestion de certains poissons malades (lotte, fera, saumon, brochet, perche, truite, etc.).

Symptomatologie. — La symptomatologie des tœnias est encore moins nette, si c'est possible, que celle des ascarides, à moins que, comme pour ceux-ci, on n'ait sous les yeux le ver lui-même, certains de ses fragments, ou bien enfin les *œufs caractéristiques*. Encore, dans ce dernier cas, peut-on admettre que ceux-ci n'ont fait que traverser le tube digestif. N'avons-nous pas constaté, en effet, dans les fèces d'un enfant de treize ans, la présence d'un certain nombre d'œufs de tœnia armé très caractéristiques, reconnus d'ailleurs par notre excellent collègue et ami M. le Professeur Granel (1), sans autre trace du parasite?

On n'observe guère, chez un enfant atteint de tœnia, qu'*un peu d'anémie, quelques troubles digestifs assez vagues, quelques spasmes nerveux fugaces*, parfois (si le ver siège par sa partie supérieure dans l'œsophage) *un peu de toux*, *exceptionnellement des suffocations passagères*; et cela, d'ailleurs, quel que soit le tœnia en présence duquel on se trouve (inerme, armé ou bothriocéphale).

(1) L. Baumel. Polyparasitisme de l'appareil digestif, in Leçons cliniques sur les maladies des enfants. Paris, Masson, 1893, page 74.

Diagnostic. — Seule l'évacuation d'un fragment de ver peut mettre sur la voie du diagnostic ou, du moins, donner à ce dernier la certitude, qui lui fera toujours défaut sans cela.

C'est principalement dans les fèces que l'on trouve, d'ordinaire, ces fragments de tœnia, composés d'un ou de plusieurs anneaux dits *cucurbitins*, ainsi appelés à cause de leur couleur blanche et de la vague ressemblance qu'ils offrent avec les *graines de courge*.

C'est surtout pour le *tœnia armé* et le *tœnia inerme* que cette constatation sera utile ou que cette recherche sera profitable, si l'on soupçonne, pour un motif quelconque, l'existence du parasite.

Ces vers ne pondent pas, en effet, *leurs œufs dans le tube digestif de l'homme*, ce qui rend, par suite, leurs anneaux *replets* et *faciles à découvrir, à cause de leur volume et de leur blancheur.*

Il en est tout autrement du bothriocéphale qui, au contraire, *pondant ses œufs dans l'intestin de l'homme, est expulsé flétri* et, *souvent aussi, fragmenté.* Ces *fragments se confondent aisément avec les matières fécales*, qui les accompagnent ou les englobent et *dont ils ont la coloration spéciale*, vu leur facile imprégnation par les matières colorantes, biliaires ou autres, qu'ils rencontrent.

Quand des morceaux de tœnia ont été rendus par les malades au moment de la défécation, il suffit de rencontrer *un seul fragment composé de plusieurs cucurbitins, pour reconnaître si l'on se trouve en présence d'un tœnia armé ou d'un tœnia inerme.* Il n'y a qu'à examiner les *organes génitaux* du ver, représentés par une *saillie, située au milieu d'un des bords latéraux de chaque cucurbitin.* Sont-ils *alternativement d'un côté et de l'autre, d'une façon régulière* c'est-à-dire du même côté de deux en deux ? Il s'agit d'un *tœnia armé.* Ces pores génitaux sont-ils, au contraire, *irréguliers dans leur alternance* et voit-on, par exemple, *deux ou plusieurs cucurbitins consécutifs les présentant du même côté ? Il s'agit d'un tœnia inerme.*

Il est possible que, même en présence d'un seul cucurbitin,

on puisse se prononcer en faveur d'un tœnia inerme. C'est lorsque ce cucurbitin a été émis spontanément, sans évacuation alvine, le malade étant debout, assis ou couché.

Dans ce cas, celui-ci déclare qu'il a senti *remuer quelque chose à l'anus*, où il a éprouvé comme une légère démangeaison, puis *tout à coup il s'est senti mouillé* du côté des *fesses* ou des *cuisses* (suivant l'attitude du moment) et s'est ainsi aperçu qu'il émettait, spontanément et sans évacuation alvine, des cucurbitins. Il *s'agit invariablement, alors, du tœnia inerme.*

Les *périodes d'expulsion des anneaux sont variables.* Pendant un certain temps, les malades en rendent à *peu près régulièrement, en allant du corps.* Puis, il s'écoule un *temps plus ou moins long avant que leur réapparition s'effectue.* Elle se produit d'ailleurs, comme précédemment, à chaque évacuation alvine nouvelle.

Tant que l'enfant *tette exclusivement*, il n'est pas possible d'observer, chez lui, le tœnia. Il en est tout autrement après. Aussi ne rencontre-t-on pas souvent cet helminthe dans les premières années de la vie. Le cas le plus précoce que j'aie vu est relatif à une fillette de 18 mois, à laquelle on avait donné beaucoup de jus de viande de bœuf et qui, dès cet âge, avait un tœnia inerme.

A l'anémie s'ajoute parfois un certain *état nerveux*, que l'on a de la tendance à rapporter à toute autre cause. Nous avons vu, *chez une femme, de l'aphonie.* Par analogie on peut comprendre que certains faits de cet ordre peuvent s'observer chez l'enfant, mais ce doivent être, chez lui, beaucoup plutôt des *accidents épileptiformes, convulsifs, peut-être même choréiques.*

Cette observation n'a été faite jusqu'à ce jour que d'une façon bien imparfaite, nous le reconnaissons sans peine ; aussi, conseillons-nous désormais, dans ces cas, l'*examen macroscopique et microscopique des fèces.*

A supposer que les cucurbitins fassent absolument défaut et qu'ils ne soient expulsés, ni spontanément, ni au moment de la défécation, il reste encore, en effet, l'*examen microsco-*

pique des fèces, au point de vue des œufs. Ceux-ci ne sont *point pondus*, nous l'avons dit plus haut, *dans l'intestin de l'homme* par les tœnias proprement dits (armé ou inerme). *On peut admettre, toutefois, qu'un ou plusieurs de ces œufs soient sortis des cucurbitins au moment de leur segmentation.* De là, la possibilité de les rencontrer, *même exceptionnellement,* dans les évacuations alvines.

Nous avons vu nous-même *très nettement,* ainsi que nous l'avons signalé d'ailleurs (1), *l'œuf du tœnia armé, à plusieurs reprises, dans les fèces d'un enfant de treize ans, chez qui nous n'avons jamais observé l'expulsion du moindre cucurbitin.* Ces œufs, sensiblement sphériques, ont une *cuticule lisse, épaisse et transparente.* Ils *contiennent dans leur intérieur six crochets, groupés deux à deux, et possèdent un diamètre de 32 μ environ.*

Le même fait peut se produire pour les œufs du *tœnia inerme, analogues aux précédents, sauf les crochets, qui font défaut.*

Mais, *c'est surtout pour le bothriocéphale que l'examen microscopique des fèces pourra être très utile ;* car, il révèlera le plus souvent l'existence de *nombreux œufs ovoïdes, volumineux, à grosses granulations réfringentes et surtout à opercule unipolaire, séparé du reste de l'œuf par une ligne transparente et oblique, facile à apercevoir, allant d'un bord à l'autre de celui-ci. Cette constatation est d'autant plus aisée que le bothriocéphale, à l'inverse* des tœnias, pond ses œufs dans l'intestin de l'homme. *Ils ont une longueur de 70 μ sur 45 de large.* La chose est d'*autant plus importante que,* comme nous l'avons vu plus haut, *les fragments de ver émis se confondent, presque toujours, avec les matières fécales* elles-mêmes.

Dans un cas de *chorée,* chez un garçon de 14 ans habitant Paris d'ordinaire et en *évolution dentaire d'ailleurs,* nous avons pu, grâce à l'examen microscopique des fèces, trouver de *nombreux œufs de bothriocéphale.*

(1) L. Baumel. Loco citato.

Pronostic. — Le pronostic est, malgré tout, généralement bénin. Un enfant, même tout jeune (la fillette de 18 mois dont nous avons parlé plus haut en est un exemple), peut garder pendant des années (5 ans en ce qui la concerne) un tœnia, sans trop grand inconvénient.

Il est évident, toutefois, que la santé générale de l'enfant, son développement et sa croissance, seront beaucoup plus normaux, si l'on peut de bonne heure lui faire expulser son parasite.

Traitement. — Plus l'enfant est jeune, plus il est difficile de le débarrasser du tœnia, dont il est atteint. Nous fûmes bien embarrassé et nous tatonnâmes beaucoup, lorsque nous rencontrâmes, pour la première fois, le tœnia chez l'enfant (or, il s'agissait d'une enfant de 6 ans) (1).

Notre embarras fut bien plus grand encore, lorsque ce même parasite s'offrit à nous chez la fillette de 18 mois, dont nous parlions il n'y a qu'un instant.

Nous essayâmes *inutilement*, chez la première malade, l'*émulsion de semences de courge*, la *décoction d'écorce de racine de grenadier*, le *tannate de pelletiérine* et nous ne réussîmes qu'avec l'huile éthérée de fougère mâle, administrée de la façon suivante, selon la formule du Dr Veillard (2).

Potion avec :

Huile éthérée de fougère mâle.)	āā 3 grammes.
Teinture de vanille . . . . .)	
Sirop de térébenthine . . . .)	āā 25 grammes.
Eau distillée . . . . .)	
Gomme arabique pulvérisée .	2 grammes.

à prendre, en une seule fois, dans égale quantité de lait; puis, deux heures après : huile de ricin, 15 grammes.

Quant à la seconde malade, les mêmes moyens, à doses moindres toutefois, restèrent sans effet. Il en fut ainsi

(1) L. Baumel. Le tœnia inerme et sa thérapeutique, in Leçons cliniques sur les maladies des enfants. Paris. Masson, 1903, p. 87.

(2) Veillard. Formulaire clinique et thérapeutique pour les maladies des enfants, 2me édit. Paris, 1888, page 187.

chez elle, à l'âge de 6 ans, de la potion ci-dessus formulée et nous ne parvînmes à la guérir qu'à l'aide du tœnifuge du Dr Duhourcau (capsules d'extrait éthéré de fougère mâle, chloroforme et huile de ricin, dont on donne au petit malade un nombre égal à celui de ses années, plus une).

L'*émulsion de semences de courge n'est point assez active*; la *décoction d'écorce de racines de grenadier est ou refusée,* en raison de son mauvais goût, *ou même vomie, par suite, inefficace.*

Le *tannate de pelletiérine* est *contre-indiqué chez les enfants,* d'après la plupart des auteurs. *Nous y avons eu recours, sans danger*, pour la fillette de six ans, dont il est parlé plus haut; *mais, aussi, sans le moindre succès.*

Le *kousso* est *également contre-indiqué*, en raison de la trop *grande quantité de médicament à avaler, pour un enfant.*

L'*huile éthérée de fougère mâle, avec ou sans chloroforme, en potion* ou *en capsules,* suivant l'âge, nous paraît être le *médicament de choix.*

XV. — Chute du rectum

Définition. — La chute ou procidence du rectum est constituée, comme son nom l'indique, par la sortie, au dehors de l'anus, de la muqueuse rectale, entraînant ou non, à sa suite, les diverses couches anatomiques du rectum.

Etiologie. — Les *efforts de défécation*, les *évacuations alvines fréquentes*, l'*atonie du sphincter anal*, enfin la *toux persistante*, en sont les causes les plus *communes*. La plus importante est sans contredit la seconde, c'est-à-dire la *diarrhée*, résultat fréquent et ordinaire de la gastro-entérite, aiguë ou chronique.

La *dysenterie,* tout aussi efficacement que la diarrhée, en est une cause efficiente, par les envies fréquentes d'aller du corps qu'elle détermine et par les efforts dont s'accompagne le ténesme rectal qu'elle procure, efforts résultant du besoin

à peu près constant d'évacuer, que le malade n'arrive jamais à satisfaire.

Il est bon de se faire une idée aussi exacte que possible, dans chaque cas particulier, de la pathogénie qui lui est propre, pour ne pas recourir *en vain* à tout l'arsenal thérapeutique, médical ou chirurgical, comme on le fait beaucoup trop souvent, à notre avis. Nous en avons vu maints exemples, nous en avons cité plusieurs, dans notre communication au Congrès de pédiâtrie de Nantes, 1901 (1).

Symptomatologie. — Une *tumeur rouge* et *molle*, siégeant à l'anus, constituée le plus souvent par la *muqueuse rectale* seule, *sortie* au moment de la *défécation ; tumeur réductible ou non* en dehors de cet acte, soit *spontanément*, soit sous la *pression* des doigts, d'un *volume et d'une longueur variables* suivant les cas : tel est le *symptôme pathognomonique* de la chute du rectum.

Cette variabilité, dans le volume et dans la longueur de la tumeur, tient à l'intensité plus ou moins grande de la maladie. La muqueuse, ainsi herniée au dehors de l'anus, est caractérisée par sa *couleur rouge*, spéciale, son *suintement* habituel, son *orifice central*, correspondant à la lumière ou à la cavité rectale.

Sa *surface* est *parfois saignante* et plus ou moins *exulcérée*. Ses dimensions sont de quelques centimètres (3 ou 4) à un décimètre et plus, ainsi que nous l'avons observé dans un cas. Souvent la muqueuse, herniée de la sorte et repliée sur elle-même à l'extrémité de la tumeur, contient, entre ses deux couches ainsi adossées (par leur surface externe d'ordinaire), le *rectum lui-même* (*couche musculaire*), qui a suivi la muqueuse. Dans certains cas, ce *dernier est invaginé* et l'on peut rencontrer alors, dans la tumeur, un très grand nombre de couches ou plans superposés.

Si l'on consulte les fonctions digestives, intestinales surtout, l'on constatera que l'enfant a de la *diarrhée le plus*

(1) Baumel. Traitement médical de la chute du rectum. Congrès de pédiâtrie de Nantes, 1901.

souvent, toujours des envies fréquentes d'aller à la selle, que l'on est tout naturellement porté à mettre sur le compte de la chute du rectum, plutôt que de les rattacher à leurs véritables causes.

Mais si l'on interroge les *commémoratifs* du sujet, on ne tarde pas à apprendre que l'*allaitement*, le *sevrage*, l'*alimentation, ont été défectueux*, que la *diarrhée a existé longtemps* chez lui, *qu'elle s'est reproduite fréquemment, qu'elle a duré ainsi des mois ou des années*. Avec un peu d'attention, on ne tardera pas à s'apercevoir qu'elle *existe encore au moment présent*.

Les *indications thérapeutiques, principales, découlent simplement de ces renseignements*, qui conduisent à une pathogénie claire, nette et précise, de la maladie. Entérite ou entéro-colite à répétition, diarrhée ou dysenterie le plus souvent, constipation parfois, évacuations alvines fréquentes dans tous les cas, toux chronique enfin, telles sont, nous l'avons déjà dit, les causes les plus habituelles du mal.

Diagnostic. — Le diagnostic, on le sait, est relativement aisé. *Seul le diagnostic pathogénique offre quelques difficultés.*

On peut se trouver, en effet, en présence d'un *entourage* peu instruit ou peu intelligent, qui *répondra systématiquement*, aux demandes réitérées du médecin, *que la diarrhée n'existe pas*. C'est ce qui nous est arrivé, pendant plusieurs mois, *dans notre service à l'hôpital*, alors cependant que le personnel est censé ne pas ignorer ces faits. C'est pour montrer quelle *insistance il faut mettre à rechercher, partout et toujours, les causes ordinaires de la maladie, même là où elles paraissent ne point exister*.

C'est ainsi que, chez une enfant de 3 ans, opérée inutilement depuis 8 mois dans un service chirurgical, nous avons pu nous rendre compte de l'existence de la diarrhée, qu'on nous niait, et *guérir (médicalement)* le prolapsus, ce que n'avait pu faire l'intervention chirurgicale (1). Nous avons donné,

(1) Voir cette observation et plusieurs autres, dans la thèse de M. le Dr Guichou, Montpellier, 1901.

d'ailleurs, dans notre communication au Congrès de pédiâtrie de Nantes, où est rapporté ce fait, l'opinion d'un chirurgien anglais, Edmund Owen, auteur d'un Traité pratique de chirurgie infantile, qui déclare n'avoir *jamais trouvé utile de recourir au bistouri ou à quelqu'autre moyen radical même dans les cas les plus graves*, ajoutant que *ces méthodes ne se justifient que très exceptionnellement* (1).

Pronostic. — Le pronostic de la chute du rectum est, d'après ce que nous venons de dire, relativement bénin. Nous avons vu cette infirmité *guérir toujours*, sans intervention sanglante, *par les moyens thérapeutiques simples*, dont nous allons donner la description.

Traitement. — Le traitement de la chute du rectum comprend deux indications fondamentales à remplir.

La première consiste à combattre les causes qui lui ont donné naissance. Parmi elles, la diarrhée, par vice alimentaire, figure au premier rang. Voilà pourquoi l'attention du pédiâtre devra d'abord être fixée sur l'alimentation. Celle-ci consistera, le plus souvent, en régime lacté, exclusif et parfaitement réglé (toutes les 3 heures).

On évitera, de la sorte, la persistance ou l'augmentation de la gastro-entérite, aiguë ou chronique, qui entretient la chute du rectum, en même temps qu'en diminuant ou en faisant disparaître la diarrhée on supprimera, du même coup, les évacuations alvines fréquentes, qui ne peuvent avoir pour effet immédiat que l'aggravation du mal. Le meilleur moyen, pour combattre et atténuer ou supprimer la toux, sera de rechercher et de traiter la maladie, pleurale, pulmonaire ou bronchique, sinon adénopathique (rubéolique, grippale ou autre), dont elle relève.

La deuxième indication consiste à s'opposer, autant qu'on le peut, à la sortie, de ce que nous appellerons volontiers la *hernie rectale, à travers l'anus;* que cette hernie soit constituée

(1) Edmund Owen (de Londres). Traité pratique de chirurgie infantile, 2e édition, traduite et augmentée par le Dr O. Laurent (de Bruxelles), Paris, G. Steinheil, 1891, page 414.

par la muqueuse seule ou qu'elle comprenne, au contraire, les diverses tuniques de l'intestin, avec ou sans invagination.

Il faudra, d'abord, réduire le prolapsus aussi souvent qu'il se reproduira. Nous conseillons, pour cela, une pommade composée de :

Vaseline.	30 grammes
Extrait de ratanhia	4 —

dont on recouvre une compresse propre, que l'on applique sur la muqueuse herniée. C'est à travers cette compresse que s'exerce, sur la tumeur, la pression des doigts de la main qui opère. Ce procédé permet, non seulement la réduction inoffensive de la chute du rectum, mais encore l'application de la pommade astringente, qui a pour effet, dans une certaine mesure, de s'opposer à la reproduction du prolapsus.

L'enfant ne devra pas être laissé trop longtemps sur le vase, quand il va du corps, *ni s'y livrer à des efforts inutiles* de défécation.

En outre, si la *diarrhée* existe, comme cela se voit d'ordinaire, on donnera des médicaments *constipants* et, en particulier, le sous-nitrate de bismuth, dont la dose variera suivant l'âge du malade, c'est-à-dire de 50 centigrammes à plusieurs grammes en 24 heures, et dans le lait, en quatre fois dans la journée, toutes les 6 heures par conséquent.

Les *boissons*, autres que le lait, *seront impitoyablement exclues*. Elles ne pourraient qu'*augmenter la diarrhée. A plus forte raison en sera-t-il ainsi des laxatifs et surtout des purgatifs.*

Quand l'amélioration survient, le prolapsus commence par être de moins en moins intense, puis de moins en moins fréquent, enfin il disparaît, à condition que l'on continue ce traitement quelque temps encore après la guérison.

XVI. — Constipation. — Hémorrhoïdes. Fissure à l'anus

Définition. — La constipation est constituée par la *rareté des selles*, qui au lieu d'être quotidiennes ou même multi-quotidiennes ne se produisent qu'au bout de 48 heures ou plus, et par la *dureté des matières évacuées* au moment de la défécation.

Étiologie. — A tout âge on peut observer la constipation, chez l'enfant, depuis la naissance jusqu'à l'adolescence (15 ans). Chez le nourrisson, on ne l'observe guère que lorsqu'il est soumis, sinon à l'alimentation commune, du moins à l'allaitement artificiel ; exceptionnellement, lorsque le lait de la nourrice, trop vieux par rapport à l'âge de l'enfant, est par suite trop nourrissant pour celui-ci, ou que le sein, dans ces conditions, lui est donné sans compter, c'est-à-dire sans règle et sans mesure. L'allaitement artificiel surtout amène ce résultat, principalement l'hiver. C'est plutôt la diarrhée, au contraire, qui en résulte, l'été, par suite des altérations que subit plus facilement le lait, à cette époque de l'année.

En dehors de l'allaitement, on observe la constipation chez les enfants soumis, d'une façon précoce, à l'alimentation commune ; chez ceux qui prennent du vin pur ou de l'alcool, sous une forme quelconque ; chez ceux, enfin, dont la nourriture est acide ou trop épicée (vinaigre, poivre), fortement salée ou de digestion difficile (porc, salaisons, poisson, anchois, etc.), capable, en un mot, de produire de la *colite* et de la *dysenterie*.

C'est dans ces cas, aussi, que l'on observe assez facilement l'existence d'*hémorrhoïdes*, caractérisées par de petites tumeurs, dures ou molles, bleuâtres d'ordinaire et parfois douloureuses, au pourtour de l'anus, ce qui dénote un *état de réplétion anormale du système porte, état le plus souvent lié à une congestion hépatique plus ou moins intense.*

Enfin, quand la constipation ou les hémorrhoïdes existent, quelle qu'en soit la cause, il n'est point rare de voir se produire la *fissure anale*, par *simple déchirure de la muqueuse*, au moment *de la défécation* et *en raison du défaut de proportion existant entre les dimensions de l'anus et le volume des matières fécales expulsées*, dont la dureté est parfois très considérable.

Hémorrhoïdes et fissure agissent à leur tour dans le sens de la production ou de l'aggravation de la constipation, à cause des *douleurs, que provoque toute évacuation alvine* et que *cherchent à éviter les petits malades*, en retenant le besoin, autant qu'il est en leur pouvoir. Ceci a pour conséquence immédiate de dilater encore plus l'ampoule rectale, qui se parésie. Sa sensibilité s'émousse considérablement, la présence des matières fécales ne provoque plus que faiblement le réflexe d'expulsion et, en outre, quand ce réflexe a lieu, c'est pour évacuer des matières encore plus volumineuses et plus dures, d'autant plus dangereuses, par conséquent, au point de vue de l'intégrité de l'orifice anal.

Symptomatologie. — Les symptômes de la constipation sont surtout, nous l'avons dit, la rareté des évacuations alvines et la dureté, parfois excessive, des matières expulsées.

L'entourage du petit malade renseigne assez exactement sur le premier point ; mais, le médecin doit lui-même juger du second, en faisant conserver, pour lui être présentées, les matières des évacuations.

La douleur accusée par le petit malade, dans la seconde enfance, si on l'interroge d'une façon précise sur ce point, ou révélée simplement par ses cris au moment de la défécation, s'il est tout jeune, devra attirer l'attention du pédiâtre du côté de l'anus.

Cet orifice devra être examiné avec le plus grand soin, au point de vue des hémorrhoïdes et de la fissure. Pour cette dernière, il sera nécessaire, les *fesses étant bien écartées*, de *déplisser l'anus, point par point, en appliquant, sur sa marge et aux extrémités opposées* du diamètre de l'orifice, le pouce de chaque main. On exercera, ainsi, des tractions destinées à

ouvrir celui-ci et à permettre d'en scruter, attentivement et successivement, tout le pourtour. Pour cela, on déplace les doigts au fur et à mesure qu'une partie étant explorée on veut passer à la suivante.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un enfant constipé, on doit s'informer, non seulement du *nombre* et de la *qualité des fèces*, du *caractère douloureux ou non de leur expulsion*, mais encore, s'il y a du sang, *déposé sur les matières évacuées ou intimement mélangé* avec elles.

L'entourage donne parfois ce renseignement avant que le pédiâtre songe à le demander. Dans ces cas, un examen minutieux et attentif s'impose, pour révéler une *fissure*, *parfois très petite* mais non moins douloureuse, sur un point quelconque du pourtour anal, le plus souvent au fond d'un des nombreux replis de la muqueuse, fissure que le simple examen de l'orifice, sans déplissement préalable, ne révélerait nullement.

La constipation peut avoir d'autres causes que celles que nous venons d'indiquer et, en particulier, la pratique de certaines mères, qui, lorsqu'elles voient leurs enfants passer 24 heures sans aller du corps, s'arment d'une seringue et leur administrent un *lavement* (*sinon plusieurs* par jour) *chaud* et *volumineux*.

Chaud, le lavement parésie l'intestin. On sait combien la chaleur est apte à diminuer ou à supprimer les coliques, surtout lorsque celles-ci sont liées à des contractions péristaltiques douloureuses, comme c'est le cas le plus ordinaire quand il s'agit de l'estomac ou de l'intestin (gastro-entérite).

Volumineux, le lavement dilate le gros intestin et parésie encore celui-ci, par la distension plus ou moins grande qu'il fait subir à sa tunique musculeuse.

Ces deux causes s'ajoutent l'une à l'autre, pour augmenter la constipation, si elle existe déjà, pour la produire au contraire, si elle n'existait pas.

La *constipation* exerce une fâcheuse influence sur les *fonctions digestives* d'abord, sur le *système nerveux* ensuite, sur l'*organisme* enfin.

Les troubles digestifs, *vomissements* en particulier, *flatu-*

lences, éructations et *vomituritions*, ne sont pas rares, chez les enfants constipés. L'accumulation des matières fécales en trop grande abondance dans un point quelconque du côlon, même dans le rectum, peut produire, à un moment donné, des *contractions antipéristaltiques de l'intestin et du tube digestif tout entier*, d'où, des vomissements plus ou moins faciles, parfois de l'*anorexie* habituelle, sans parler de l'*auto-intoxication*, qui résulte de l'*absorption*, dans l'appareil digestif, *de gaz et de liquides provenant des fermentations, normales et surtout anormales, qui se produisent dans ses divers segments.*

De là, des *migraines faciles*, un état de *lourdeur* et d'*apathie* particulières. Cette *auto-intoxication peut* fort bien *ne pas être étrangère à la production des vomissements par l'intermédiaire du système nerveux et par excitation du bulbe en particulier.*

C'est ainsi que l'on peut également se rendre compte des *convulsions*, que l'on voit survenir chez les enfants constipés, à tel point que, quelle que soit la maladie en présence de laquelle on se trouve (coqueluche ou même simple évolution dentaire), la constipation donne lieu à une *indication, qui doit être immédiatement remplie* ; car, *par elle seule, elle prédispose singulièrement aux convulsions* (*excitation venant du splanchnique*), à supposer qu'elle ne les produise pas de toutes pièces, par le double mécanisme que nous venons d'indiquer.

Diagnostic. — La constipation est facile à reconnaître. Il en est de même de la fissure à l'anus et des hémorrhoïdes. D'après ce que nous avons dit plus haut, il sera difficile de les confondre avec toute autre maladie. Nous signalerons toutefois l'*atrésie anale congénitale ou par production néoplasique*, qui est très rare chez l'enfant. Nous en avons vu un seul cas.

Pronostic. — Le pronostic est d'autant plus bénin que l'attention du pédiâtre est attirée de meilleure heure sur ce symptôme, quelquefois primitif en apparence (vices alimentaires, entéro-colite aiguë ou chronique, lavements habituels chauds et copieux), le plus souvent secondaire (hémorrhoïdes, fissure anale, atrésie).

Traitement. — Il consiste à : 1° *régulariser les tétées*, si l'enfant est au sein ; *les prises de lait*, s'il est allaité artificiellement ; *les repas*, s'il est soumis au régime commun. Dans ce dernier cas, les aliments devront être choisis dans le sens que nous avons indiqué plus haut (lait, œufs, viandes blanches ; pas de crudités ; pas de vin pur, ni d'alcool ; éviter les épices, le vinaigre, la viande de porc, etc.). La *trop grande fréquence des repas ou leur abondance extrême est souvent l'unique cause de la constipation.*

2° *Renoncer aux lavements* ou, du moins, ne les employer que *froids* et *petits*, c'est-à-dire en rapport avec la capacité du gros intestin, *qui varie* suivant l'âge.

3° Recourir de préférence aux *suppositoires à la glycérine solidifiée*, une fois par jour.

4° Administrer un *purgatif*, huileux surtout (huile de ricin, de 10 à 30 grammes, suivant l'âge).

5° Ne pas abuser des moyens dits laxatifs (aloës, cascara, etc.), qui irritent, enflamment, fatiguent l'intestin et font payer une ou plusieurs évacuations momentanées, par une constipation consécutive plus opiniâtre encore.

6° *Contre les hémorrhoïdes*, prescrire un *régime doux.* Recommander la *régularité des repas, qui ne devront pas être copieux.* Ici encore, les petits lavements froids peuvent être très utiles ainsi que l'usage, pendant quelques jours au moins, d'une eau alcaline, telle que Vichy (Célestins, St-Yorre) ou, de préférence, Vittel (grande source).

Si l'adulte mange trop, d'ordinaire, à plus forte raison peut-on en dire autant de l'enfant, aux divers âges.

Quel immense progrès la puériculture aura-t-elle réalisé le jour où toutes les mères seront bien convaincues de la vérité de l'axiome que nous venons de formuler ! Si surtout à cette première notion pouvait s'ajouter celle de la proportion à garder entre le volume des aliments introduits et celle de l'estomac auquel ils s'adressent, que ces aliments soient d'ailleurs solides ou même liquides ; entre le volume, enfin, des lavements administrés et la capacité du gros intestin, variable suivant l'âge.

Que de dilatations gastriques, cœcales et rectales, on éviterait de la sorte !

7° Contre la *fissure anale, on se trouvera* bien, *après chaque évacuation alvine et après lavage rapide de l'anus à l'eau boriquée, de l'application ou de l'introduction avec le doigt d'un peu de la pommade suivante*:

Vaseline.	30 grammes.
Extrait de ratanhia . . .	4 —

Cette pommade à la ratanhia, dont Trousseau faisait un remède spécifique de la fissure à l'anus chez l'adulte, est plus efficace encore, si c'est possible, chez l'enfant.

Elle combat victorieusement, en effet, *non seulement la fissure elle-même*, qu'elle *ferme* et *cicatrise*, *mais encore la parésie et la dilatation de l'ampoule rectale, par l'action astringente qu'elle exerce sur les parois de celle-ci*. C'est, même, de cette façon que nous pouvons nous expliquer ses excellents effets dans le prolapsus rectal, où, nous l'avons dit plus haut, elle nous a toujours rendu les plus signalés services.

XVII. — **Péritonite tuberculeuse**

Définition. — La péritonite tuberculeuse, comme son nom l'indique, est l'inflammation de la séreuse péritonéale, déterminée par la présence des tubercules.

Etiologie. — La cause est la même que celle de la tuberculose en général, c'est-à-dire le bacille de Koch. Toutefois, c'est l'introduction de celui-ci dans le tube digestif, par l'alimentation, qui lui donne naissance d'ordinaire. Certains états pathologiques, tels que : la gastro-entérite aiguë ou chronique, l'adénopathie mésentérique, la typhlite et l'appendicite, y prédisposent singulièrement, en ce sens qu'ils constituent un état de réceptivité aussi parfait que possible, disons mieux : un milieu de culture véritablement approprié ou, si l'on préfère, un *pars minoris resistentiæ*.

Symptomatologie — La péritonite tuberculeuse est ou primitive ou secondaire, selon qu'il n'existe pas encore ou qu'il existe déjà d'autres localisations tuberculeuses, sur l'une quelconque des diverses parties de l'appareil digestif (intestin surtout), de ses annexes (ganglions mésentériques, rate) ou de tout autre point du corps (poumon, rocher, etc.).

Elle est, suivant sa marche et son allure cliniques, selon l'intensité des symptômes, qui la révèlent, ou la rapidité de son évolution : *suraiguë*, *aiguë*, *subaiguë* ou *chronique*.

Suraiguë, on ne l'observe guère qu'à la suite d'une *perforation intestinale*, résultant d'une *ulcération tuberculeuse* de la paroi de l'intestin ou de la *chute d'un tubercule dans la cavité péritonéale*.

Elle se caractérise par une *fièvre intense* (40° ou 41°), par une *douleur violente* et *subite*, survenant au milieu d'un ensemble symptomatique déjà plus ou moins ancien et lié à la lésion, intestinale ou péritonéale, primitive.

Il se produit, presque en même temps, du *ballonnement parfois excessif de l'abdomen*, des *vomissements* qui, *alimentaires d'abord*, *sont bientôt bilieux* puis *porracés*, enfin de *la constipation souvent opiniâtre*.

Le *pouls* est rapidement *abdominal*, c'est-à-dire petit, filiforme, dépressible, innombrable.

Le tout s'acompagne bientôt de *refroidissement*, d'*asphyxie* et de *sueurs profuses* et *froides*, de *mort enfin*, que rien, dans ces cas, ne peut conjurer.

Les formes *aiguës* et *subaiguës* sont de beaucoup les plus communes et celles pour lesquelles le pédiâtre sera le plus souvent appelé à intervenir.

Ces formes sont encore, habituellement, *secondaires*. Il est rare qu'elles s'étendent à toute la séreuse péritonéale, dont elles n'occupent, d'ordinaire, que *certains points limités et tout à fait en rapport avec l'organe abdominal primitivement atteint* (intestin, rate, rein, ganglions mésentériques, etc.).

Il est exceptionnel que l'on observe la forme *miliaire*, qui se caractérise par une éruption de tubercules ou de granulations tuberculeuses à la surface péritonéale, éruption jusqu'à

un certain point comparable à celle que déterminent, à la peau, les pustules d'une variole ou d'une varioloïde plus ou moins confluentes.

Circonscrite et secondaire, telle est la forme la plus habituelle que revêt, d'ordinaire, la péritonite aiguë ou subaiguë.

La *fièvre*, sans atteindre les chiffres excessifs que nous avons signalés tout à l'heure, s'élève cependant jusqu'à 39° ou 40°. Les *vomissements peuvent exister ;* ils *font défaut dans bien des cas*. Le météorisme, qui peut être assez intense, est, le plus souvent, limité à une région, à une partie de l'abdomen. La *douleur est loin d'avoir l'intensité qu'elle présente dans la forme suraiguë*. Rarement spontanée, quoique réveillée par les contractions péristaltiques de l'intestin, principalement par celles qui précèdent ou accompagnent la défécation, elle est surtout provoquée ou exagérée par les divers modes d'exploration (percussion, palpation), comme aussi par les lavements administrés ou par les efforts de miction, qui précèdent ou accompagnent l'émission des urines.

Non seulement de la douleur et un certain météorisme existent, d'ordinaire, au niveau de la partie lésée ; mais, bien souvent, ce météorisme fait place à de la *submatité*, sinon même à de la *matité*, en raison des exsudations péritonitiques (néomembranes fibrineuses) produites à ce niveau. La *résolution* ou la disparition de celles-ci se reconnaît au *retour de la sonorité, d'abord anormale, enfin normale, ainsi qu'à la disparition de la matité ou de la submatité*. Cette résolution est souvent suivie de la suppression de la douleur, qui, non seulement ne se reproduit pas spontanément, mais encore n'est plus réveillée, ni par la palpation, ni par la percussion, même un peu forte.

Les symptômes locaux de la *forme chronique* sont à peu près les mêmes que ceux des autres formes, avec l'acuité en moins, *surtout en ce qui concerne la douleur*. La fièvre est nulle ou simplement vespérale. Dans cette forme, comme dans les précédentes, il n'est pas rare d'observer de véritables *frottements péritonéaux donnant, à la palpation sur-*

tout, la sensation du craquement produit par la boule de neige que l'on serre fortement dans la main.

La *forme chronique* de la tuberculose péritonéale s'observe encore assez souvent. Elle est aussi commune que la méningite ou la pleurésie de même nom. Ces localisations de la tuberculose sont assez fréquentes chez l'enfant.

On peut dire, ainsi que nous aurons à le répéter à maintes reprises, que la *tuberculose aime les séreuses, dans le jeune âge.* Il semble, même, que ces diverses *localisations* puissent être souvent *primitives d'emblée, au moins en apparence.*

Dans ces cas, le microbe a traversé les muqueuses et souvent les viscères sans laisser la moindre trace de son passage, et cela, à la faveur de ce que nous appellerons volontiers, la perméabilité excessive des tissus et des organes chez l'enfant ; perméabilité que mettent en évidence la rapide absorption et l'active circulation dans le jeune âge, sans parler de la facilité et de l'intensité particulières des échanges nutritifs d'assimilation et de désassimilation. L'assimilation fixe sans doute, dans les éléments primitifs (cellules) des divers tissus, les substances propres à assurer leur existence et à favoriser leur développement ; mais elle y amène aussi, avec la même intensité, celles qui sont susceptibles de les altérer ou de les détruire.

Weill, dans sa préface, explique le facile passage aux séreuses du microbe de Koch, par la perméabilité, *plus grande* chez l'enfant, *des vaisseaux lymphatiques, qui n'ont point cette coloration gris-noirâtre qu'ils présentent chez l'adulte, où leur calibre est obstrué par des particules de charbon, etc., etc.*

Etant donnés le rôle important et la grande activité, dévolus, dans le jeune âge, à tout le système lymphatique, il n'y a pas lieu d'être surpris de cette localisation de prédilection sur les séreuses, qui ne sont histologiquement, on le sait, que de grandes cavités appartenant à ce système.

Lorsque la *rate* elle-même est envahie, *soit dans son enveloppe séreuse, soit dans sa substance propre*, ce qui a lieu assez souvent, il se produit de *très larges oscillations thermiques* qui mettent aisément sur la voie, que cette localisation

soit primitive ou secondaire. Nous avons signalé ce fait, il y a fort longtemps (1), nous basant sur certains cas que nous avions déjà observés. Notre opinion a été, depuis lors, maintes fois confirmée et, tout récemment encore, corroborée par de nouveaux faits, relatés dans la thèse de notre élève, M. le Dr Laroche (2).

Une seule fois, chez l'enfant, nous avons pu, grâce aux oscillations larges de la courbe thermique à la période ultime de la tuberculose pulmonaire, diagnostiquer de la splénomégalie et même de la splénalgie dues à l'extension de la lésion tuberculeuse à la rate elle-même. Ce diagnostic fut pleinement confirmé par l'autopsie.

A défaut de cette courbe intéressante, que nous aurions voulu reproduire ici et que nous n'avons pu à notre grand regret retrouver dans nos notes, nous sommes heureux de pouvoir donner la suivante, due à un état splénique particulier, survenu pendant la convalescence d'une rougeole compliquée de broncho-pneumonie occupant la base du poumon gauche.

Cette symptomatologie splénique, spéciale, nous paraît devoir jeter un jour tout nouveau sur les divers états pathologiques infectieux, dont la rate peut être le siège: malaria, fièvre typhoïde, tuberculose, rougeole, etc.

La forme chronique de la péritonite peut être *apyrétique*, comme le sont la plupart des tuberculoses fermées, c'est-à-dire celles qui n'offrent point d'accès direct, ni à l'air, ni aux infections secondaires d'une nature différente (gastro-intestinale, etc.). *Il n'est pas étonnant*, toutefois, de voir la *fièvre s'allumer*, à un moment donné et pour les raisons ci-dessus, soit d'une façon *intermittente*, *périodique* et *quotidienne* (vespérale le plus souvent), soit qu'elle revête, au contraire, la *forme continue*.

(1) L. Baumel, Pathologie de la rate, in Maladies de l'appareil digestif. Tome II, Annexes, Paris, Lecrosnier ; Montpellier, Coulet, 1889.

(2) Laroche. Splénalgie et splénomégalie. Leur influence sur la température dans les maladies infectieuses. Montpellier, 1901.

L'*état général* du sujet, pour un œil tant soit peu exercé,

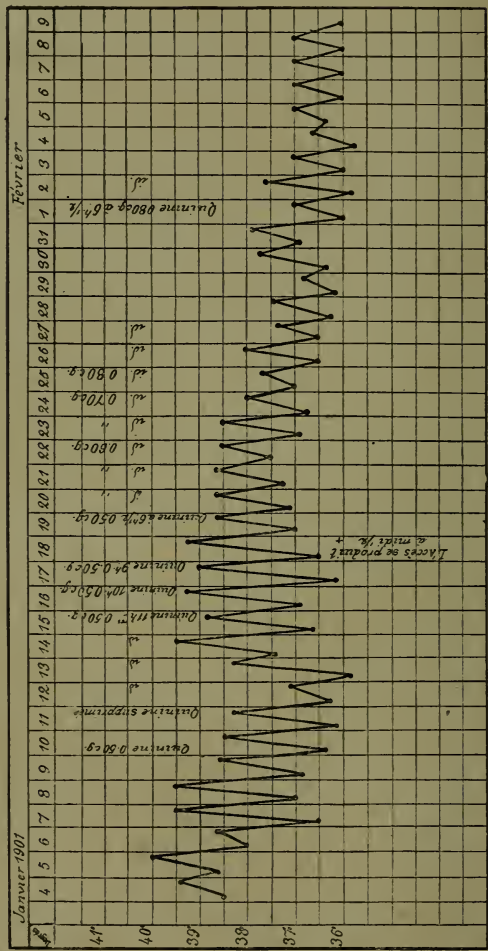


Fig. 34.
Broncho-pneumonie de la base du poumon gauche, avec splénalgie et splénomégalie, observée, chez une jeune fille de 15 ans, pendant la convalescence de la rougeole. — Oscillations, larges de plusieurs degrés, liées, selon nous, à l'état splénique.

vient d'ordinaire corroborer le diagnostic ou mettre sur sa

voie. Un certain degré d'*anémie*, une *coloration cireuse de certaines parties du tégument* (pourtour des ailes du nez, ovale inférieur du visage, tempes, oreilles, cou), complètent assez habituellement ce tableau, qu'elles mettent encore plus en relief.

La microbiologie reste, ici, à l'arrière-plan; la clinique, seule, occupe le premier. Ce fait se produit chez l'enfant, comme nous le verrons plus loin, en maintes circonstances et pour des localisations tout-à-fait différentes.

Diagnostic. — On ne peut guère confondre avec la péritonite tuberculeuse, aiguë ou chronique, que la *péritonite*, de même forme, résultant d'une gastro-entérite commune quelconque (de dentition, d'alimentation, etc.) ou spécifique (typhoïde, etc.).

La marche de la maladie spéciale et primitive, dans ce dernier cas; les antécédents, les commémoratifs, les habitudes alimentaires, l'évolution des dents, dans le premier, nous feront facilement reconnaître ces péritonites, communes ou spécifiques. Au contraire, le voisinage d'un tuberculeux, parent ou non de l'enfant observé, l'habitation d'un local occupé auparavant par un malade de cette catégorie, feront pencher la balance du côté de la péritonite tuberculeuse, si les symptômes précités n'étaient déjà suffisants pour y amener.

Pronostic. — Sauf la forme suraiguë avec perforation, pour laquelle une intervention, même chirurgicale, échouera le plus souvent, il ne faut jamais désespérer de voir, dans la première et surtout dans la seconde enfance, s'éteindre, au moins momentanément et souvent pour un temps fort long sinon même définitivement, un foyer tuberculeux, allumé dans une séreuse. Personnellement nous en avons vu certains exemples (méningite, péricardite (1), péritonite). Ces faits sont certainement beaucoup plus communs qu'on ne le suppose, surtout en ce qui concerne la péritonite.

(1) Baumel et Abadie. Un cas de cirrhose cardio-tuberculeuse chez l'enfant. Symphyse du péricarde et méningite tuberculeuse. Nouv. Montp. Médical, T. XII. 1901.

Traitement. — Le traitement comprend deux indications principales.

La première consiste à surveiller la nutrition et à la favoriser par des aliments appropriés (lait, stérilisé de préférence). La seconde, c'est de combattre le microbe pathogène. Nous employons ordinairement le carbonate de gaïacol, à la dose de 5 à 10 centigrammes, administré 2 fois par jour et en cachets, aussitôt que le malade est en âge de pouvoir avaler cette préparation. Chez l'enfant tout jeune, nous administrons le benzoate de soude (de 1 à 2 grammes, dans un looch de 60 ou de 120 pour les 24 heures). La créosote, mais surtout le cacodylate de soude et, mieux encore, le méthylarsinate disodique trouvent ici leur parfaite application.

La fièvre existe-t-elle ? Elle est combattue à l'aide de l'antipyrine (de 25 centigrammes à 1 gramme, suivant l'âge, et dans un julep); mais, plus efficacement encore, avec la cryogénine, mêmes doses.

Les désinfectants intestinaux (benzonaphtol et salicylate de magnésie ou de bismuth, suivant qu'il y a diarrhée ou non) sont parfaitement indiqués.

L'ouverture de l'abdomen (*laparotomie*) a amené la guérison, dans certains cas, par simple pénétration de l'air dans la cavité péritonéale, depuis que le hasard a prouvé l'utilité d'un tel moyen. On le reconnaît aujourd'hui bien moins efficace qu'on ne le croyait tout d'abord.

4me Section. — MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

I. — Coryza

Définition. — Le coryza est l'inflammation, aiguë ou chronique, de la membrane de Schneider ou muqueuse pituitaire.

Étiologie. — Le coryza aigu est, le plus souvent, une maladie *a frigore*, c'est-à-dire développée sous l'influence d'un

refroidissement. On l'observe assez fréquemment, l'hiver, quelques jours après la naissance (coryza des nouveau-nés). On le voit ensuite aux divers âges, chez l'enfant.

Le *coryza, chronique d'emblée*, est presque toujours de cause *syphilitique*. On l'observe dès la plus tendre enfance, où il relève alors de la *syphilis héréditaire*, dans l'immense majorité des cas.

On rencontre le *coryza aigu, symptomatique*, au début de la *rougeole;* on le voit aussi à la suite de l'emploi de *certains médicaments,* tels que l'*iode et ses composés;* enfin, dans la *diphtérie*, où il est *de même nature que l'affection générale*, au cours de laquelle il se manifeste.

C'est *surtout dans la seconde enfance* que l'on observe le *coryza chronique, avec fétidité particulière de l'haleine* (*ozène*). *Certaines conformations des fosses nasales*, la *sécrétion abondante* et *épaisse de leur muqueuse*, la *formation de mucosités concrètes, séjournant plus ou moins longtemps dans leurs cavités*, en sont les causes les plus habituelles.

Symptomatologie. — Les symptômes ordinaires du coryza, aigu ou chronique, sont : parfois, des *éternuements* faciles et fréquents ; le plus souvent, un *enchifrénement particulier, rendant difficile la respiration par le nez.* Assez fréquemment, par suite, l'enfant, quel que soit son âge, respire la *bouche ouverte.*

Cet état de choses doit être envisagé à un double point de vue, suivant qu'il s'agit, par exemple, d'un *nouveau-né et même d'un nourrisson* ou, au contraire, *d'un enfant plus âgé.*

Si l'enfant *tette*, en effet, et si son nez est obstrué, par la tuméfaction de la muqueuse enflammée ou par les mucosités plus ou moins épaisses qui l'encombrent, cela l'oblige à respirer, ainsi que nous venons de le dire, la bouche ouverte. Il *refuse le sein, étant donné que la respiration lui devient impossible, aussitôt qu'il le saisit.*

On voit tout de suite l'*importance* que prend et la *gravité* que revêt, *chez l'enfant tout jeune*, le simple coryza, vulgairement et improprement appelé *rhume de cerveau* ; impor-

tance et gravité qu'il n'a plus, tant s'en faut, à un autre âge, quel qu'il soit.

De là, la nécessité de le guérir le plus rapidement possible pour faire face au premier, au plus impérieux besoin de l'existence, à cet âge; nous voulons parler de l'alimentation et de la nutrition. Or, dans la plus tendre enfance, c'est-à-dire dans la première année et à plus forte raison dans les premiers mois, on ne peut guère songer à alimenter un enfant à la cuillère, qu'on lui donne du lait de femme ou du lait animal.

Le sein est indispensable à cette époque de la vie, sinon l'existence même du petit être se trouve menacée *ipso facto* dès son début. Nous indiquerons tout à l'heure, à propos du traitement, les moyens qui nous rendent journellement des services à cet égard ; ceux qui nous paraissent les plus efficaces et les plus aptes à amener une guérison rapide et durable.

Considérons maintenant un enfant plus âgé. Les inconvénients que présentera, chez lui, le coryza, qu'il soit aigu ou surtout chronique, pour être moins graves immédiatement (en ce sens qu'ils ne compromettent pas tout de suite l'existence du petit malade) n'en seront pas moins redoutables, dans certains cas, par leurs résultats éloignés.

C'est ainsi que, l'air ne passant plus ou ne passant que difficilement à travers les *fosses nasales*, celles-ci *ne se développeront point parallèlement aux autres parties du corps et de la face.* Le nez restera petit, ses orifices seront étroits, ainsi d'ailleurs que les cavités nasales et leurs ouvertures postérieures. L'enfant respirera constamment par la bouche, celle-ci demeurant toujours entr'ouverte.

A l'*air plus ou moins hébété*, que donne à la physionomie une pareille attitude, s'ajoutera, par suite de la pénétration directe de l'air froid dans l'arrière-gorge, *un état de sensibilité particulière, non seulement de l'isthme du gosier et du pharynx, mais même du larynx et des bronches,* enfin un *état inflammatoire chronique de la gorge, à poussées aiguës multiples, véritables angines, chroniques et aiguës*, résultant de cette

conformation particulière et dont *la plus commune est l'angine tonsillaire, avec hypertrophie de l'amygdale* le plus souvent.

De là, des *infections aiguës*, on ne peut plus faciles, dans l'intérieur *de cet organe* et des *abcès à récidives, si fréquents dans ces conditions*. De là, la fréquence aussi, sous l'influence de ces mêmes causes, de ces *tumeurs adénoïdes de la gorge et du pharynx*, si bien décrites depuis déjà plusieurs années, pour lesquelles la médecine peut tant (iode, Grancher) et contre lesquelles on a beaucoup trop souvent recours, sans succès, à l'intervention chirurgicale.

C'est même cette double difficulté de pénétration de l'air, gutturale et nasale, qui rend compte des *déformations du thorax*, qui en résultent assez souvent et que l'on peut résumer en ces mots : *angustie thoracique*. L'air n'ayant point un accès libre et naturel jusqu'aux poumons, ceux-ci ne se dilatent point comme à l'ordinaire ; l'ampliation du thorax est, à chaque inspiration, plus faible qu'à l'état normal. Les côtes ne dépassent pas certaine limite, en raison de cette expansion moindre des poumons, mais aussi et surtout parce que la pression atmosphérique, agissant sur toute la paroi thoracique, n'est pas suffisamment contre-balancée par la pression intérieure, même à l'expiration. Les organes abdominaux ont, eux aussi, de la tendance, dans ce cas, à se loger plus bas que de coutume dans la cavité du thorax.

De là, des fonctions défectueuses, non seulement respiratoire, mais encore circulatoire, cardiaque, hépatique, etc.

Diagnostic. — Rien n'est facile comme le diagnostic du coryza, soit aigu, soit chronique, en raison des symptômes qu'il présente d'ordinaire et que nous venons de décrire.

L'enchifrènement, l'hypersécrétion nasale (*séreuse dans le coryza aigu*, du moins à sa première période ; *mucoso-purulente dans le coryza chronique et dans la seconde période du coryza aigu*), l'érythème des lèvres (surtout de la lèvre supérieure et du pourtour de l'orifice nasal), l'odeur particulièrement nauséabonde de la punaisie (ozène), mettront facilement sur la voie.

Le *diagnostic de nature* sera toujours *un peu plus difficile*, bien qu'il n'embarrasse guère un pédiâtre tant soit peu expérimenté.

L'action du *froid*, la *syphilis héréditaire ou acquise*, le *lymphatisme*, la *scrofule*, devront être plus particulièrement soupçonnés et recherchés.

Le simple examen des fosses nasales permettra de reconnaître l'existence des *polypes* de ces cavités, dont le coryza chronique peut favoriser la production, mais qu'on ne pourra pas confondre avec lui, en raison du *bruit de drapeau* qui leur est spécial.

Le *pronostic*, généralement bénin, ne revêt un caractère de gravité que dans certains cas exceptionnels.

C'est lorsque, par exemple, le coryza fort intense, aigu ou chronique, se produit chez un nourrisson très jeune, l'empêchant ainsi de prendre le sein et, par suite, de s'alimenter facilement, comme il convient.

C'est aussi lorsque, à un âge plus avancé, le coryza chronique entraîne, à sa suite, l'angine à répétition ou les tumeurs adénoïdes, dont nous avons parlé plus haut, avec toutes leurs conséquences graves, au point de vue de la respiration et du développement, partiel ou général. Le pronostic est en rapport avec l'intensité et la chronicité du mal, mais aussi avec sa nature (syphilis, diphtérie, etc.).

Traitement. — Le coryza aigu exige la présence de l'enfant dans une atmosphère à température constante (16° environ).

Cette atmosphère peut être rendue humide, à l'aide de la vapeur d'eau, aromatique ou non, constamment dégagée, dans la pièce, par des récipients découverts, contenant ce liquide et placés sur les appareils de chauffage utilisés dans chaque cas particulier. Des fumigations nasales, tièdes, peuvent être aussi très utiles.

Quand des concrétions muqueuses obstruent les fosses nasales, chez le nourrisson, elles doivent être soigneusement enlevées, avec beaucoup de précaution et sans léser la muqueuse, à l'aide d'une tête d'épingle par exemple.

Dans le coryza chronique, de la première ou de la seconde

enfance, les refroidissements devront être évités avec soin, non seulement le *froid aux pieds* (chaussures fourrées l'hiver, *jamais humides*, etc.), *mais aux membres inférieurs* (*supprimer en particulier les chaussettes, au moins l'hiver, et les remplacer par des bas longs*). Enfin, *recommander, à tout moment, à l'enfant*, principalement quand il est *dehors* et *pendant la saison froide*, de *fermer la bouche* en respirant.

Dans la *punaisie*, les *simples lavages* (*boriqués, au menthol*, etc.), *des fosses nasales*, avec la seringue ou par des irrigations continues, *seront on ne peut plus utiles.*

Contre chaque état pathologique général provocateur (syphilis, diphtérie, scrofule) *seront dirigés les moyens qui lui sont propres.*

II. — Laryngite striduleuse

Définition. — La laryngite striduleuse ou *faux croup* est une laryngite qui s'accompagne de *spasmes glottiques avec raucité de la voix*, de *toux croupale*, de *suffocations, survenant principalement la nuit.*

Étiologie. — Si la connaissance des causes susceptibles de produire la laryngite simple est relativement aisée (froid, etc.), il en est tout autrement en ce qui concerne la pathogénie de la laryngite striduleuse. Si l'on consulte les ouvrages classiques sur ce point, on s'aperçoit bien vite de la difficulté qui existe à cet égard.

Deux éléments nous paraissent, toutefois, jouer un rôle considérable dans cette pathogénie ; ce sont, d'une part, l'*étroitesse extrême* du larynx dans le jeune âge; d'autre part, l'*évolution dentaire. Cette dernière joue même, peut-être, le rôle le plus important.*

L'étroitesse du larynx pourrait plus facilement rendre compte, semble-t-il, de la production d'une respiration bruyante (inspiration surtout); mais, on ne s'explique pas aisément, de la sorte, les accès de suffocation nocturnes.

Sans doute, l'*intervention d'une mucosité, venant obstruer momentanément la lumière restée perméable du conduit*, pourrait, jusqu'à un certain point, en rendre compte; mais, on s'expliquerait plus difficilement l'absence à peu près absolue des étouffements pendant le jour et leur reproduction, beaucoup plus fréquente, la nuit.

Nous ne *partageons pas, d'abord, cet exclusivisme absolu ;* car, nous croyons à la possibilité de la survenance des étouffements durant le jour. Nous les avons, nous-même, observés. S'ils frappent moins l'esprit, d'ordinaire, c'est parce que cet ensemble symptomatique est beaucoup plus effrayant pendant la nuit.

Un fait bien digne d'attirer l'attention, à notre avis, c'est que nous *n'avons jamais rencontré la laryngite striduleuse en dehors de l'évolution dentaire.*

Le *spasme* résulterait donc, selon nous, d'une *exagération du réflexe laryngien*, exagération qui serait due à l'*excitation de la partie supérieure de la moelle par le fait de l'évolution dentaire elle-même.*

Ce réflexe exagéré serait produit *plus fréquemment la nuit que le jour*, parce que le malade, se trouvant *endormi, n'expulse pas aussi facilement les mucosités* laryngiennes au fur et à mesure, pour ainsi dire, de leur production.

Le spasme, une fois produit, persiste un moment. De là, la suffocation, telle qu'on l'observe, même en temps normal, lorsqu'une goutte de liquide régurgité pendant le sommeil se glisse du côté de la glotte et du larynx.

Quant à la *raucité*, elle s'explique par la *laryngite elle-même.*

Symptômes. — Un enfant est atteint de *laryngite, en apparence simple*; sa *voix* est un peu *rauque* ou *à peine voilée.* Il semble sous le coup d'un banal refroidissement, lorsque subitement, *dans la nuit* en général, il est *éveillé en sursaut* par une *toux presque croupale* et une *véritable suffocation.* Celles-ci effraient d'autant plus que le tableau clinique, présenté par le petit malade est, jusqu'à un certain point, celui qu'on observe dans le croup ou diphtérie du larynx, sauf toutefois l'absence de fausses membranes et celle du bacille

de Klebs-Löffler dans les produits expectorés, produits dans lesquels on ne trouve que des streptocoques ou des staphylocoques ; sauf, enfin, la *disparition rapide des accidents* et *leur facile reproduction principalement la nuit.*

Dès le début, la fièvre peut survenir. Elle est habituellement légère (3°8, 38°5) et de peu de durée.

Non seulement la toux présente, au moment de l'accès, le caractère suffocant et de raucité dont nous venons de parler, mais la *face* du petit malade *se congestionne, ses yeux brillent, deviennent saillants et larmoyants.* On peut, même, observer de la *cyanose.*

Tout cet ensemble symptomatique disparaît, fort heureusement, assez vite et la respiration se rétablit, assez rapidement, telle qu'elle était auparavant.

Le malade redevient calme, une fois dissipée la sensation d'étouffement, et, au lieu de rester sur son séant comme au moment de la suffocation et de la toux, il peut reprendre bientôt le décubitus dorsal ou latéral. Le sommeil le gagne et ne tarde pas à se montrer aussi profond qu'avant l'accès. Il peut même continuer ainsi jusqu'au matin, à moins qu'il ne soit encore interrompu, une ou plusieurs fois, par les mêmes accidents.

C'est, généralement, pendant plusieurs nuits de suite que ceux-ci se reproduisent, causant toujours la même anxiété au petit malade, les mêmes angoisses à la famille, bien que le médecin, édifié sur la véritable nature du mal, ait essayé de rassurer l'entourage et ait lui-même fait entrevoir la possibilité du retour de ces accidents redoutables pendant plusieurs nuits consécutives, bien qu'il ait déclaré que ces suffocations peuvent se répéter plusieurs fois au cours d'une même nuit, ce qui est, il faut le reconnaître, l'exception plutôt que la règle.

Les mères seules sont à même d'apprécier et de décrire le degré d'anxiété qu'elles ont éprouvé, au moment où ont éclaté, nuitamment, ces accès de suffocation chez leur enfant atteint de laryngite striduleuse. Le médecin à son tour partage, jusqu'à un certain point, cette anxiété, lorsque, pour la pre-

mière fois, il assiste à ce spectacle ; à plus forte raison si, père de famille, il observe la laryngite striduleuse chez un de ses propres enfants, surtout s'il conserve le moindre doute au sujet de la nature du mal.

Complications. — Bien que la laryngite striduleuse soit généralement bénigne par elle-même, malgré le cortège symptomatique effrayant qui l'accompagne et que nous venons de décrire, il n'en est pas moins vrai que certaines complications sont à redouter, à titre exceptionnel toutefois.

Si l'enfant est très jeune, en effet (six mois par exemple), il peut se faire que, le trou de Botal étant imparfaitement fermé par soudure incomplète de sa valvule et la pression intracardiaque droite se trouvant ainsi accrue tout-à-coup, il en résulte un *mélange rapide du sang veineux au sang artériel*, des *convulsions* plus ou moins intenses, peut-être même une *syncope*, sans parler des *hémorrhagies cérébrales*, susceptibles de survenir, dans ces conditions, avec toutes leurs conséquences, *hémiplégie*, *monoplégie*, etc.

Les convulsions sont d'autant plus faciles à expliquer que, comme nous l'avons dit plus haut, l'*évolution dentaire nous a toujours paru coexister avec la laryngite striduleuse*, *sinon la produire.* Or, l'évolution dentaire, on le sait, est une des causes les plus fréquentes et les plus efficaces de convulsions chez l'enfant.

Diagnostic. — C'est surtout d'avec le croup ou diphtérie laryngée qu'on doit distinguer la laryngite striduleuse.

La toux *férine*, la présence et l'expulsion de *fausses membranes,* enfin la constatation du *bacille de Klebs-Löffler* dans les produits de l'expectoration et *sa culture positive* sont autant d'éléments qui permettront d'établir le premier diagnostic.

Une oreille un peu exercée distinguera, pour ainsi dire *a priori*, la *toux croupale de la toux simplement striduleuse.* Celle-ci, à supposer qu'elle ait d'abord un certain caractère de *sécheresse*, ne tardera pas à le perdre bientôt, pour devenir *humide* et *plus grasse*, contrairement à la toux croupale qui, à ce point de vue, reste la même aussi longtemps qu'elle dure.

Pronostic. — Le pronostic est le plus souvent bénin.

Traitement. — Le traitement consiste à administrer des *boissons tièdes* (lait, tisanes). Le sein, maternel ou de la nourrice, sera donné seul, si l'enfant tette encore, surtout s'il est très jeune. On se trouvera bien aussi de l'emploi d'un looch blanc (60 à 120 grammes, suivant l'âge du malade), dans lequel on mettra de 50 centigrammes à 2 grammes de benzoate de soude (d'après la même base) et que l'on administrera, par petites cuillerées aux plus jeunes, par cuillerées à bouche aux plus grands, de trois en trois heures et dans l'intervalle des tétées.

Le séjour au lit ou, du moins, dans une pièce à température constante (16° au minimum) et à atmosphère humide complète avantageusement ce traitement, efficace et curateur dans l'immense majorité, sinon dans la totalité des cas.

III. — Croup

Définition. — Le croup n'est autre chose que la *diphtérie laryngée.*

Étiologie. — Sa cause est le bacille de Klebs-Löffler, portant plus spécialement son action sur le larynx.

La *laryngite simple* peut *précéder et favoriser le croup*, comme l'angine scarlatineuse précède souvent et favorise l'angine couenneuse. La *diphtérie aime le larynx*, on l'a dit depuis longtemps. Le *jeune âge y prédispose* aussi *tout particulièrement*, peut-être en raison de l'étroitesse de l'organe à cette période de la vie. *Rare chez le nourrisson*, le croup s'observe à tout âge chez l'enfant, mais *beaucoup plus fréquemment de trois à quatre ans.*

Parfois *primitif*, en apparence du moins, il est souvent *secondaire*, qu'il résulte de l'*extension de la diphtérie de bas en haut ou, au contraire, de haut en bas.*

On voit en effet, dans certains cas, d'*abord une bronchite diphtérique, puis le croup* (*croup ascendant*) ; dans d'autres,

d'abord une angine couenneuse, le croup ensuite (croup descendant).

Ce dernier fait est de beaucoup le plus fréquent ; le premier n'est cependant pas tout à fait exceptionnel. Nous en avons vu un exemple des plus remarquables chez une fillette, habitant une maison dans laquelle s'étaient montrés depuis plusieurs jours quelques cas de croup, qui, elle-même, n'en fut atteinte qu'après une bronchite pseudo-membraneuse, datant déjà de 4 à 5 jours. Pendant ce laps de temps, l'*enfant expectorait des fausses membranes, creuses, affectant la disposition des ramifications bronchiques. Le croup ne survint qu'après.*

Dans d'autres circonstances, c'est à la suite d'une maladie toute différente et pendant le cours de sa convalescence (*scarlatine* par exemple) qu'on le voit éclater, secondaire, dans ce cas, comme précédemment.

Symptomatologie. — Ce qui frappe, dans le croup, ce sont : d'abord, la *voix*, la *toux* ; puis, les *suffocations*, l'*expectoration*, l'*asphyxie*. La voix est généralement *rauque*, mais d'une raucité particulière, que reconnaît assez aisément, *a priori*, une oreille tant soit peu exercée. La toux est *férine* et revêt un caractère tel, qu'il est presque impossible de la méconnaître, quand on a déjà eu l'occasion de l'entendre. L'expectoration comprend des *fausses membranes* blanches, grisâtres, parfois sanguinolentes, qui attirent déjà fortement l'attention.

Leur examen microscopique y révèle l'existence du *microbe spécifique*. L'épreuve de la *culture* est *probante*. Elle n'offre qu'un inconvénient, c'est sa longueur. Il faut au moins douze heures avant d'en connaître le résultat, beaucoup plus long à obtenir dans bien des circonstances.

Mais ce qui effraie et ce qui navre le plus l'entourage, ce sont les phénomènes de *suffocation*, qui se produisent par moments et auxquels est en proie assez fréquemment le petit malade.

Suivant l'époque de la maladie à laquelle on observe l'enfant atteint de croup, on trouve le *faciès animé* et plus ou

moins *congestionné*, ou bien, au contraire, *bleuâtre* (*cyanosé*) ; parfois, même, *pâle* et *livide*.

Quand surviennent les moments de suffocation, le malade s'assied brusquement sur son lit, tousse très rauque, ses yeux deviennent saillants, la face se congestionne ou se cyanose. Il existe, pendant leur durée comme en dehors d'eux, un *tirage* plus ou moins marqué, caractérisé par un *bruit respiratoire particulier*, espèce de ronflement ou *cornage*, et par un *enfoncement du triangle sus-claviculaire* à chaque inspiration. La respiration revêt souvent, dans ces cas, un caractère abdominal.

A mesure que progresse l'asphyxie, ce que dénote la cyanose, il s'établit un certain degré d'*insensibilité*. C'est ce qui explique l'*état de demi-anesthésie*, dans lequel se trouvent les enfants chez qui l'on doit pratiquer la trachéotomie.

La *fièvre*, variable suivant les cas, c'est-à-dire suivant que la *forme* est *légère*, *moyenne* ou *grave*, oscille entre 38° et 40° ou 41° et plus.

Complications. — Les complications sont *précoces* ou *tardives*. *Parmi les premières* figurent l'*apoplexie* (*cérébrale* ou *pulmonaire*), la *syncope* parfois mortelle ; parmi les secondes, les *paralysies diphtériques*, que l'on rencontre surtout au déclin de la maladie et même pendant la convalescence.

Marche. Durée. Terminaison. — La guérison, que la trachéotomie inventée par Trousseau avait déjà rendue assez fréquente, l'est beaucoup plus depuis les découvertes de Klebs et Löffler, de Behring et Kitasato, enfin de Roux.

La sérothérapie, en effet, a diminué considérablement le chiffre de la mortalité par diphtérie. Elle a singulièrement atténué, du même coup, celle du croup.

Le bacille de Klebs-Löffler ne passe pas dans le sang. Il vit, se développe et pullule, à la surface des muqueuses et de la peau.

Ce qui tue, nous l'avons vu plus haut, c'est l'intoxication par la *toxine diphtérique*, à laquelle vient se joindre, dans le croup, l'*asphyxie*.

Le *diagnostic* est aisé, d'après ce que nous avons dit, non

seulement à propos du croup, mais au sujet de la laryngite striduleuse ou faux croup.

Le *pronostic*, toujours grave, est cependant rendu bénin, relativement du moins, par la thérapeutique dont nous disposons de nos jours.

Traitement. — Deux indications de premier ordre sont fournies par l'existence du croup, ce sont : 1° le traitement de la diphtérie en général (voir plus haut) ; 2° celui de la localisation laryngienne.

On remplira la première à l'aide des injections de sérum antidiphtérique, dont la dose variera, surtout suivant l'âge du sujet, mais aussi suivant l'intensité du mal (V. Diphtérie).

Une fois le traitement spécifique ainsi institué, il n'y aura plus qu'à remplir la seconde indication, à l'aide de moyens destinés à prévenir ou à empêcher l'asphyxie, qui pourrait, à son tour, tuer le malade.

On y parviendra de deux façons différentes, soit en pratiquant le *tubage du larynx*, méthode tout d'abord préconisée sans grand succès, en France, par Bouchut et qui n'a été appelée à un certain retentissement que le jour où elle nous est revenue d'Amérique, perfectionnée, il est vrai, par O'Dwyer, qui lui a donné son nom.

Elle consiste à introduire dans le larynx, pour l'y laisser pendant un certain temps, un *petit tube métallique*, que l'on enfonce à l'aide d'un *mandrin porte-tube* et que l'on enlève avec une *pince spéciale* pour le nettoyer, aussi souvent que c'est nécessaire, ou le supprimer.

Un *fil*, assujetti au tube d'une part, sort de la bouche de l'enfant et est fixé, d'autre part, extérieurement (joue). C'est le *fil de sûreté*, qui peut être retiré sitôt après l'application.

Cette méthode a pour objectif la perméabilité constante du larynx et le libre accès de l'air vers le poumon. Son but est donc de combattre l'asphyxie.

Le tubage n'est pas toujours suffisant, pour des raisons variables suivant les cas. Aussi de nos jours encore voit-on pratiquer, plus rarement qu'autrefois cependant, la *trachéotomie*.

Nous l'avons vue arracher à la mort bien des enfants qui,

sans elle, eussent été victimes du croup, principalement à l'époque où n'était point connue la sérothérapie antidiphtérique (v. page 183).

Aujourd'hui encore, exceptionnellement toutefois et lorsque le tubage ne peut pas triompher de la sténose laryngée ou de l'asphyxie dans le croup, on a recours à cette opération, fort utile dans certains cas.

Elle consiste à *inciser couche par couche ou au contraire en une fois, sur la ligne médiane du cou et à la partie antérieure et supérieure de la trachée, jusque dans la cavité de celle-ci,* de façon à pratiquer une *incision linéaire qui, partant du bord inférieur des cartilages thyroïde ou cricoïde* et *longue de plusieurs centimètres, permette, après écartement de ses bords par une pince spéciale à trois branches, l'introduction d'une canule double, en argent, de diamètre variable.*

La *canule externe porte deux anses latérales* dans lesquelles on passe un *ruban, dont les extrémités sont attachées à la face postérieure du cou* et *maintiennent l'appareil en place.*

A l'aide d'un *écouvillon on nettoie*, de temps en temps et à mesure qu'elle est obstruée par les fausses membranes, la *canule interne* préalablement sortie et remise en place aussitôt. Cette canule, munie d'un aileron périphérique à son extrémité antérieure, est maintenue grâce à lui et à la faveur d'un pivot mobile et saillant, fixé, à cet effet, sur la partie voisine de la canule externe. L'*orifice de la double canule est recouvert d'une mince lame de gaze, qui tamise l'air ainsi introduit directement dans la trachée et dans les bronches.*

La voix est supprimée, momentanément, par la trachéotomie. Elle revient, après l'ablation de la canule et la cicatrisation de la plaie opératoire. Une atmosphère tiède et humide doit être maintenue dans la chambre du petit malade, à l'aide d'un récipient d'eau constamment chauffée.

L'isolement du malade et la désinfection consécutive du local, de la literie et du linge de corps, sont, pour l'entourage, les meilleurs moyens prophylactiques que nous connaissions. L'*isolement*, ici, *doit être de 45 jours, à partir du début de la maladie*, comme pour la diphtérie en général.

Les injections préventives de sérum antidiphtérique ont été récemment préconisées (Netter).

Les complications (broncho-pneumonie, etc.) seront combattues par le traitement qui leur est propre. Il y aura toujours, dans le croup, contre-indication à l'emploi de vésicatoires, qui favorisent l'extension du mal à la peau.

IV. — Bronchite

Définition. — La bronchite est l'*inflammation de la muqueuse des bronches.*

Etiologie. — Les causes les plus habituelles de la bronchite sont : le *froid,* les *poussières*, les *infections diverses* (*grippe, rougeole, coqueluche, tuberculose*), la *dentition*, le *muguet*, etc. Nous y ajouterons les *déformations du thorax, rachitiques ou autres.*

Symptomatologie. — C'est la *toux* qui est le symptôme primordial de la bronchite. C'est elle qui, tout d'abord, attire l'attention du pédiâtre sur l'appareil respiratoire du petit malade.

L'expectoration est rare, dans la première enfance tout au moins. Ce n'est guère que pendant la seconde et à la fin de celle-ci qu'on l'observe. *Les enfants crachent dans leur estomac*, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas l'habileté de se débarrasser, par l'expectoration, des produits de sécrétion bronchique. Ils montent bien par la toux, jusqu'au larynx, ces mucosités plus ou moins abondantes; après quoi, instinctivement, ils les avalent.

Le résultat est absolument *le même,* si l'on ne considère que le *dégagement* de l'appareil bronchique. Il est *tout autre*, si l'on tient compte des *infections*, qui peuvent résulter de la présence de ces mucosités dans l'appareil digestif.

A ce point de vue, la bronchite simple n'a pas, d'ordinaire, de bien graves conséquences. Dans la bronchite spécifique au contraire, *tuberculeuse* par exemple, l'extension de l'infection peut se faire ainsi facilement *à l'appareil digestif*

lui-même, à ses annexes (péritoine, etc.), enfin aux *différentes parties de l'organisme.*

La respiration est plus ou moins gênée, suivant que l'inflammation de la muqueuse se limite aux grosses bronches ou qu'elle s'étend à celles de moyen ou de petit calibre.

Dans ce dernier cas, c'est la *plus ou moins grande étendue du mal* qui fait la *dyspnée plus ou moins forte*, pouvant aller parfois jusqu'à l'*asphyxie* (*bronchite capillaire*).

La *fièvre*, si elle existe, est généralement faible (38° à 39°). Le plus souvent, même, elle est tout à fait nulle.

A l'*inspection*, on constate le degré de la dyspnée, indiqué par les *mouvements thoraciques plus rapides, plus nombreux* et *moins amples*, qu'à l'état normal. La *percussion ne dénote pas grand'chose* de bien particulier.

C'est *surtout à l'aide de l'auscultation que se précise le diagnostic*. Déjà, à distance du malade, l'oreille perçoit, dans certains cas, des sibilants qui se produisent pendant la respiration (*inspiration ou expiration*, l'une et l'autre quelquefois, la première principalement).

Quand l'*expiration* devient *sibilante* à son tour, c'est généralement un signe d'*emphysème pulmonaire*, ainsi que nous allons le voir à propos de l'auscultation directe.

Le plus souvent, c'est en appliquant l'oreille sur le thorax du petit malade que le pédiâtre pratique l'auscultation, dans la bronchite, comme pour la plupart des maladies thoraciques et pulmonaires.

Il perçoit alors des *ronchus* (*râles ronflants*) produits dans les grosses bronches; des *sibilants* (*râles plaintifs*, etc.), dans les bronches moyennes; des *sous-crépitants* (*râles humides ou muqueux*), dans les petites bronches. Ceci est à peu près conforme à ce qui se passe chez l'adulte, avec cette différence toutefois que les râles humides se produisent peut-être plus communément, sinon plus facilement, chez l'enfant.

A ce point de vue et pour juger bien exactement de l'étendue comme de la profondeur des lésions, le pédiâtre doit examiner attentivement les *divers points du thorax*, c'est-à-dire non seulement *les faces*, antérieure, postérieure

et latérale, mais encore *le sommet*, le *tiers moyen* et la *base*, de chaque poumon.

Ce précepte est applicable à toute maladie ou lésion de l'appareil respiratoire, si le pédiâtre ne veut point méconnaître (ainsi que nous l'avons vu faire par des praticiens animés d'ailleurs des meilleures intentions) certains états pathologiques qu'une oreille plus expérimentée et *plus attentive* met facilement en évidence. L'existence des *sibilants à l'expiration* indiquera, nous l'avons dit, *l'emphysème pulmonaire* (1).

Diagnostic. — Pour le diagnostic de *lésion* ou *de nature*, voir celui de la broncho-pneumonie, de la coqueluche, de la rougeole, de l'adénopathie bronchique, enfin de la tuberculose pulmonaire.

Pronostic. — Il ne s'agit point de constater qu'il existe de la bronchite aiguë ou chronique, que cette inflammation porte sur les bronches grosses, moyennes, ou petites, il faut encore en connaître l'*origine*. Il faut enfin tenir compte du *terrain*, sur lequel la maladie s'est développée.

C'est ainsi que les *déformations thoraciques*, de *nature rachitique le plus souvent et dont le degré est plus ou moins intense* suivant les cas, seront importantes à connaître ; car, non seulement elles favorisent la production de la bronchite, mais elles aggravent généralement son pronostic, soit au point de vue de la *longueur* de la maladie et de ses *récidives*, soit au point de vue de sa *terminaison*.

Si *la bronchite se termine, dans l'immense majorité des cas*, même lorsqu'il existe des déformations thoraciques, *par la guérison*, nous devons nous rappeler que *la bronchite des bossus est souvent grave et parfois mortelle* (Baumel, Huchard).

C'est surtout dans ces cas que devra être surveillé l'*état du cœur*, dont les fonctions sont doublement compromises : 1° par l'*état ordinaire du thorax* ; 2° par la *bronchite surajoutée*.

(1) L. Baumel. L'emphysème pulmonaire. Thèse de doctorat, Montpellier 1877.

Il est assez commun d'observer, dans ces conditions, le *cœur droit forcé avec toutes ses conséquences* (foie, rate, reins, cardiaques, etc., etc.) (1).

Enfin, quelque légère que soit une bronchite, quelque courte que soit sa durée, quelle que soit sa forme ou sa nature, elle retentit, avec la plus grande facilité, sur les *ganglions bronchiques correspondants.*

Il se produit alors de l'*augmentation de volume*, de l'*hypertrophie*, disons mieux, de l'*inflammation*, de l'*infection* de ces ganglions, véritable *adénopathie bronchique*, qui peut ensuite, une fois la bronchite guérie, *persister et évoluer pour son propre compte.* C'est la raison pour laquelle nous aurons à l'étudier, elle-même, ultérieurement.

Qu'il nous suffise de signaler, pour le moment, son mode habituel de production et la possibilité de la voir ainsi, non pas seulement *suivre* la bronchite, mais encore la *compliquer* ou l'*aggraver pendant son existence même.*

Les signes particuliers, que nous lui décrirons plus tard, viendront, *non pas obscurcir ou masquer ceux de la bronchite, mais se surajouter à ces derniers*, ce qu'il faut toujours avoir présent à l'esprit, si l'on ne veut point s'exposer à mettre sur le compte de la bronchite elle-même ce qui appartient à l'adénopathie bronchique, secondaire ou consécutive.

Pour peu que dure une bronchite, on doit s'assurer de l'intégrité de la fonction rénale, par l'analyse des urines, dénotant l'absence de toute albuminurie.

Le *caractère du pouls* indiquera suffisamment l'état du cœur gauche, notion que complétera, nécessairement, l'auscultation de cet organe.

Traitement. — Le traitement de la bronchite est relativement simple. Qu'il s'agisse d'une bronchite aiguë ou d'une bronchite chronique, une température uniforme du milieu ambiant est, autant que possible, nécessaire.

Le séjour au lit ou simplement à la chambre s'impose

(1) L. Baumel. Des lésions non congénitales du cœur droit et de leurs effets. Thèse d'agrégation. Delahaye, Paris, 1883.

dans le premier cas. Dans le second, on évitera les variations brusques de température, on tâchera d'écarter toute nouvelle cause de refroidissement. On ne laissera sortir l'enfant ni trop matin ni trop tard. A peine pourra-t-il faire une petite promenade au milieu de la journée; encore faudra-t-il la supprimer les jours de *froid excessif*, de *vent* ou de *pluie*.

Le petit malade devra toujours être bien protégé par ses *vêtements* et porter des *bas longs*, des *chaussures chaudes et jamais humides* (1).

Comme traitement interne, les balsamiques sont parfaitement indiqués.

Un looch (de 60 à 120 grammes) au benzoate de soude (50 centigrammes à 2 grammes, suivant l'âge) sera administré : aux plus jeunes enfants, à raison d'une cuillerée à dessert toutes les trois heures; aux plus grands, par cuillerée à bouche et aux mêmes intervalles.

Des pilules au *terpinol et au benzoate de soude* (ãã *5 à 10 centigrammes*) seront données quatre fois par jour (une toutes les six heures) aux enfants déjà grandets.

Les boissons seront administrées chaudes ou tièdes, à moins qu'il ne s'agisse d'une bronchite chronique, auquel cas, si l'enfant mange, il pourra prendre, à son repas, de l'eau et du vin à la température de la chambre.

Les *vésicatoires seront rarement nécessaires*. Les dérivatifs, thapsia par exemple, seront parfois utiles. La *teinture d'iode*, en applications locales (badigeonnages sur le thorax) *sera proscrite*, principalement en avant, en raison du *catarrhe plus prononcé* que déterminent les *vapeurs d'iode* pénétrant ainsi dans les voies respiratoires. Elle ne pourrait être indiquée qu'à titre de méthode substitutive, ce que l'on ne recherche pas, habituellement, au moins dans la forme aiguë.

(1) Une bonne pratique consiste, le lendemain d'un jour de pluie ou de boue, à ne pas mettre aux enfants la chaussure de la veille. *On doit même, de préférence, la remplacer ou, tout au moins, la sécher, le jour même où elle a été mouillée et, cela, le plus tôt possible.*

V. — Broncho-Pneumonie

Définition. — La broncho-pneumonie est l'*inflammation* des bronchioles *propagée aux lobules pulmonaires* eux-mêmes.

Étiologie. — La *bronchite*, quelle qu'en soit la cause, est l'origine banale de la broncho-pneumonie. Celle-ci peut survenir aussi, très facilement, dans *certains états infectieux, locaux* (coqueluche) *ou généraux* (rougeole), à *localisation pulmonaire* fréquente ou possible. Les *microorganismes* qu'on y a rencontrés sont *des plus divers.*

Il est une *disposition anatomique, spéciale à l'enfant*, qui explique, chez lui, la fréquence extrême de la broncho-pneumonie, surtout si on la compare à celle de la pneumonie, beaucoup plus rare, dans l'enfance, comme nous le verrons plus loin.

Cette disposition consiste en ce que, comme l'ont montré l'illustre Charcot et son élève, M. le professeur Joffroy (1), le *lobule pulmonaire est entouré, chez l'enfant, d'une zone de tissu cellulaire*, qui le *sépare* et l'*isole* à peu près complètement des lobules voisins, contrairement à ce qui se passe à l'âge adulte et, *a fortiori*, chez le vieillard.

De sorte que toute *infection* ou *inflammation*, propagée à l'un de ces lobules, *se transmet difficilement* ou ne se transmet pas du tout, dans l'enfance, aux lobules voisins. Le contraire est plutôt la règle, dans la vieillesse.

Symptomatologie. — On soupçonne l'existence d'une broncho-pneumonie, chez l'enfant, lorsque ce dernier présente, avec de la *toux*, une *fièvre* plus ou moins intense (de 38° à 40° et plus).

La *dyspnée*, qu'on observe parfois dans ces conditions, est généralement en rapport avec l'importance des lésions.

Ce n'est guère que l'auscultation qui, en présence des

(1) Voir la thèse du Dr Léna sur : la broncho-pneumonie, ses complications, ses conséquences. chez l'enfant. Montpellier, 1898.

symptômes précédents, *pourra permettre de préciser le diagnostic.* Elle fera constater l'existence, sur un ou plusieurs points plus ou moins étendus du poumon, de *râles sous-crépitants, humides ou muqueux.* Ceux-ci occuperont une surface d'autant plus grande, au niveau de chaque partie atteinte, qu'il y aura plus de lobules intéressés à la fois dans une même région. Le plus souvent, ce sont des *points disséminés et discrets*, sur lesquels on perçoit ces râles, à la surface du poumon. Ils correspondent exactement aux lobules plus particulièrement envahis.

Le rapprochement d'un certain nombre de ces lésions peut faire croire à l'existence d'une pneumonie. C'est *la broncho-pneumonie pseudo-lobaire.*

La *température* reste élevée pendant quelques jours, rarement pendant plusieurs semaines. Elle a une *marche des plus irrégulières. La fièvre, intense par moments*, est *plus faible à certains autres.* On voit même l'*apyrexie* survenir par intervalles, bientôt suivie d'une *recrudescence* nouvelle, aussi forte, sinon plus, que les précédentes. C'est ce qui a fait dire si justement, par quelques auteurs et par nous-même, que la broncho-pneumonie ressemble, ainsi, à un *incendie mal éteint.*

Ce sont précisément les *foyers* de broncho-pneumonie *successifs*, qui expliquent et la *marche de la température* et les aspects ou *degrés divers*, présentés par eux au moment de l'autopsie.

Les uns sont, en effet, à la *première période* (*engouement*), quand d'autres sont à la *deuxième* (*hépatisation rouge*), d'autres enfin à la *troisième* (*hépatisation grise*).

Aussi le pronostic doit-il être réservé tant que l'apyrexie n'a pas encore une durée suffisante et qu'elle ne date que de quelques jours.

Le nombre par trop considérable des lésions, même disséminées et circonscrites, de la broncho-pneumonie peut amener de l'asphyxie par *atélectasie*, *congestion pulmonaire*, *emphysème vicariant*, etc., etc.

Le *cœur droit*, lui-même, ne tarde pas à subir le retentis-

sement de la *gêne* apportée *à la circulation pulmonaire* par la broncho-pneumonie. Aussi voit-on, dans ces cas, se produire l'*asphyxie avec cyanose* ou *asphyxie bleue*, ainsi dénommée en opposition avec l'*asphyxie blanche* que l'on rencontre plus spécialement dans la *bronchite capillaire*.

L'asphyxie, dans ces conditions, est qualifiée de *blanche*, en raison de la *décoloration des téguments*, de la face en particulier, décoloration qui tient à l'*anémie profonde*, résultant beaucoup *plus* du vide *relatif de l'appareil circulatoire artériel que de la stase du système veineux et de la dilatation du cœur droit* (cœur forcé).

Dans la broncho-pneumonie, l'*examen clinique des crachats* est souvent rendu impossible chez l'enfant, toujours par la difficulté qu'ont les petits malades à expectorer. Ici, comme d'ordinaire, ils crachent généralement dans leur estomac.

Diagnostic. — C'est surtout avec la bronchite capillaire que la broncho-pneumonie pourra être confondue. La plus grande attention sera nécessaire, de la part du pédiâtre, pour ne pas tomber dans cette erreur, sans cela facile à commettre.

La *grande étendue*, occupée par les *râles sous-crépitants*, sera plus en rapport, en général, avec la *bronchite capillaire*. Les *râles disséminés et discrets* militeront plutôt en faveur de la *broncho-pneumonie*.

Il sera *impossible de confondre longtemps la pneumonie lobaire avec la broncho-pneumonie*, même lorsque celle-ci affectera, ainsi que nous l'avons dit plus haut, la forme pseudo-lobaire.

L'*une* en effet (pneumonie) a une *marche cyclique* parfaitement déterminée : *élévation brusque de la température* atteignant 40° ou 41° dès le premier jour ; quelquefois *convulsions initiales*, de plusieurs heures de durée, accompagnant ordinairement ce début inopiné ; *défervescence rapide* vers le *8e jour ; disparition* ou *diminution notable des chlorures urinaires*, faisant place à leur *réapparition* ou à leur *augmentation* au *moment de la défervescence*. L'*autre* (broncho-pneumonie) est absolument typique, par sa *marche irrégulière*, ses *poussées*

successives à plus ou moins long intervalle, ses *hauts* et ses *bas* justifiant pleinement la comparaison qui en a été faite, comme nous le disions précédemment, avec un *incendie mal éteint.*

La *congestion pulmonaire* de cause *cardiaque ou autre* (adénopathie trachéo-bronchique, par exemple), l'*œdème pulmonaire* enfin, pourraient, à un examen superficiel, être confondus avec la broncho-pneumonie.

Leur *siège de prédilection* aux *bases* et en *arrière*, leur *délimitation à cette partie* des poumons, leur *intensité* habituellement plus grande *du côté où a lieu* de préférence le *décubitus*, sont autant de signes qui permettront de les distinguer aisément, pour peu que l'on veuille y prêter attention.

Pronostic. — Le pronostic, toutes choses égales d'ailleurs, est en rapport avec l'*étendue* et la *dissémination* des lésions. Il est *beaucoup plus grave*, *au cours de la coqueluche*, que dans toute autre circonstance.

Il revêt aussi une *certaine gravité dans la rougeole*, comme au *cours de l'évolution* dentaire.

On voit parfois, pendant celle-ci, survenir de la *broncho-pneumonie*, qui semble d'autant plus *liée à l'evolution dentaire* elle-même, qu'elle *se juge*, d'ordinaire, *par la terminaison de cette dernière.*

Cette broncho-pneumonie que l'on peut appeler *de dentition*, assez limitée le plus souvent, n'est pas celle à laquelle nous faisions allusion tout à l'heure. Nous voulions parler simplement de la *broncho-pneumonie commune, compliquée ou aggravée par l'évolution dentaire*, ce qui est bien différent.

Traitement. — Le traitement de la broncho-pneumonie, chez l'enfant, est relativement simple.

L'alimentation, s'il existe de la fièvre (comme dans la forme aiguë), consistera en du lait administré toutes les trois heures. Dans la forme chronique, le malade pourra s'alimenter un peu (potages, œufs, viandes blanches, etc.).

Dans le premier cas, on prescrira un looch (de 60 à 120 grammes) avec benzoate de soude (50 centigrammes à

2 grammes, suivant l'âge de l'enfant), comme dans la bronchite aiguë.

Le *tartre stibié* et les *préparations antimoniales* (*kermès minéral*, *oxyde blanc d'antimoine* même) *seront proscrits*, en raison de leur *action contro-stimulante* et *modératrice de la circulation*, *action trop intense et* par suite *dangereuse*, vu la fréquence du *cœur forcé* dans la broncho-pneumonie, surtout chez l'enfant. *L'emploi de ces divers moyens ne peut qu'aggraver sérieusement un tel état.*

Il en sera *de même de l'ipécacuanha* en infusion, bien que son action soit moins énergique, à ce point de vue, que celle des médicaments précités et son effet, décongestionnant du poumon, plus évident (Pécholier).

L'usage des révulsifs (vésicatoires à distance) sera parfois très utile, surtout si la résolution tardait à se produire, à condition toutefois qu'il n'y ait pas la moindre trace d'albumine dans les urines.

Les dérivatifs (vésicatoires, applications de teinture d'iode, *loco dolenti*) seront encore indiqués dans les formes chroniques.

Dans ces dernières, il sera bon, aux résolutifs locaux, d'ajouter les *résolutifs généraux* (*iode*, *iodures*, administrés par la voie gastrique).

VI. — Pneumonie

Définition. — La pneumonie est l'*inflammation du poumon sous forme lobaire* et *sous l'influence du microbe de Friedländer* ou pneumocoque.

Étiologie. — C'est le plus souvent l'action du *froid*, le corps étant en sueur, qui détermine la pneumonie.

Celle-ci peut être réalisée d'*emblée*. Elle est aussi, bien des fois, produite par l'*extension de l'inflammation des bronches au poumon lui-même.*

Symptomatologie. — Au cours d'une bronchite datant déjà

de quelques jours ou au contraire en plein état de santé, le début de la pneumonie s'annonce, chez l'enfant, souvent par une *convulsion de longue durée* (une ou plusieurs heures), parfois même par un véritable *état convulsif*, capable de persister *un* ou *plusieurs jours*. Ces convulsions sont toujours accompagnées d'une *fièvre fort intense et qui monte d'emblée*, c'est-à-dire *le premier jour, à 40°, 41° ou au-delà*. (V. fig. 35).

De tels symptômes ont souvent fait porter le diagnostic de *méningite* (même tuberculeuse) avec pronostic fatal par des praticiens, d'ailleurs fort sérieux et connaissant parfois trop bien la famille du malade. Nous en avons vu un cas des plus remarquables.

Le pédiâtre, en présence d'accidents pareils, doit toujours rechercher les diverses causes capables de les produire, s'assurer en particulier de l'intégrité parfaite de l'appareil respiratoire et principalement des poumons.

Il suffit, dans ces cas, que l'attention soit attirée de ce côté, pour que l'on constate facilement les lésions pneumoniques.

D'ordinaire, le malade *tousse* et, si le fait n'a pas toujours lieu pendant la visite du médecin, l'entourage, questionné sur ce point, ne tarde pas à renseigner exactement à cet égard.

La *dyspnée* est souvent très marquée. Il est vrai que les convulsions ou l'état convulsif pourraient, jusqu'à un certain point, l'expliquer.

Le *signe pathognomonique de la pneumonie manque généralement*, on pourrait dire *régulièrement*, chez l'enfant. Nous voulons parler du *crachat rouillé*.

Si celui-ci se produit, au lieu d'être expectoré plus ou moins facilement, comme chez l'adulte, il l'est mal ou il résulte d'un effort de vomissement. Comme la plupart des produits d'expectoration, à cet âge, il est dégluti et déversé dans l'estomac.

Il n'y a guère d'*exception*, à cet égard, que pour la *coqueluche*, ainsi que nous le verrons plus loin.

Convulsions, *fièvre*, *toux*, *dyspnée*, doivent attirer l'atten-

tion du pédiâtre sur le thorax et, plus particulièrement encore, du côté du poumon.

La dyspnée entraîne avec elle une augmentation plus ou moins considérable du nombre des mouvements respiratoires.

La *percussion* dénote, sur *un* ou *plusieurs* points particuliers, une *matité plus ou moins étendue*, à la *base*, au *sommet* ou *dans quelque autre point* de la surface pulmonaire.

Il est des *pneumonies diaphragmatiques*, *centrales* ou limitées à la *face interne* du poumon (*Pn. médiastiniques*), qui peuvent ne *rien donner au début* et pendant un temps plus ou moins long, rarement durant tout leur cours, au point de vue de la *percussion*, comme d'ailleurs de l'*auscultation*. Là, où la percussion dénote de la *matité*, la *palpation* accuse des *vibrations thoraciques exagérées*.

Mais, jusque-là, ce ne sont que les *signes ordinaires de l'induration pulmonaire*.

L'auscultation révèle l'existence d'un souffle tubaire, *de râles crépitants fins, moins fins et moins secs toutefois que chez l'adulte*. L'auscultation de la voix donne de la *bronchophonie*.

Il est bon de se *défier*, en matière de percussion chez l'enfant, d'une cause d'erreur assez commune. Nous voulons parler de la facile production du *bruit de pot fêlé sans caverne*, contrairement à ce qui a lieu, d'ordinaire, chez l'adulte.

Toutes les fois que survient, pour une cause quelconque, de l'*emphysème vicariant*, étant donnée la *grande élasticité de la paroi thoracique dans l'enfance*, il est assez fréquent de percevoir, à la *partie antéro-supérieure du thorax* et à la *percussion* un *peu forte*, ce bruit particulier.

L'existence habituelle de l'emphysème en ce point, d'une part, la grande élasticité et la minceur de la paroi thoracique à cet âge, d'autre part, rendent suffisamment compte de ce phénomène, sans qu'il soit nécessaire d'y insister davantage, croyons-nous.

Dans la pleurésie, comme dans la pneumonie, nous l'avons observé assez souvent. Le mécanisme de sa production, dans les deux cas, est le même : *grande masse d'air percutée* direc-

tement, *pour ainsi dire, et chassée brusquement au dehors* (en raison des dispositions précédemment indiquées) *à travers des conduits relativement étroits*, les bronches.

Dans la dilatation bronchique, *exceptionnellement toutefois*, un tel symptôme peut aussi être constaté.

Fait curieux à noter, il est peut-être *plus rare chez l'enfant par caverne tuberculeuse*, ce qui est sa cause habituelle et commune chez l'adulte.

Le cœur a besoin d'être surveillé, dans la pneumonie de l'enfance, avec au moins autant de soin, sinon plus, qu'au cours de la broncho-pneumonie. Son état devient facilement la source d'*indications*, qui, *pour paraître d'ordre secondaire*, n'en sont pas moins *des plus importantes* à remplir. Les *convulsions*, la *syncope même*, ne seront souvent conjurées qu'à ce prix.

La *durée* de la pneumonie, contrairement à celle de la broncho-pneumonie, est déterminée pour ainsi dire d'avance. Elle est d'un *septenaire au plus*, de *quatre* à *cinq jours* en moyenne le plus souvent.

Le souffle tubaire est bientôt remplacé par des râles sous-crépitants (de retour). On sent, à l'auscultation, non seulement que cette masse compacte se *liquéfie*, mais que *l'air y accède*. Ces faits s'accusent de jour en jour davantage jusqu'au moment où la perméabilité est parfaite et où le *murmure vésiculaire*, faible ou même supprimé au début, *se rétablit* ; où *disparaissent*, enfin, et *le souffle tubaire* et les divers *râles sous-crépitants*, perçus en plus ou moins grand nombre jusque-là.

En même temps, la *fièvre tombe brusquement* au moment où s'établit la convalescence, que précèdent et qu'annoncent, d'ordinaire, des sueurs générales et profuses.

La *peau*, sèche et brûlante les premiers jours, donne d'abord une faible sensation de *moiteur*, à laquelle succède bientôt un véritable *ruissellement sudoral et critique*. Au même moment, les chlorures, disparus des urines ou considérablement diminués dans ce liquide d'excrétion, y réapparaissent aussi abondants que par le passé.

Une des complications assez communes de la pneumonie est la *coexistence de l'évolution dentaire.*

Dans un cas, *à une hyperthermie momentanée* (véritable accès de fièvre) nous avons vu *succéder une hypothermie excessive*, avec *état syncopal* particulier, *sueurs profuses et miliaire confluente*, dont la *durée* fut aussi *courte* et aussi *éphémère.*

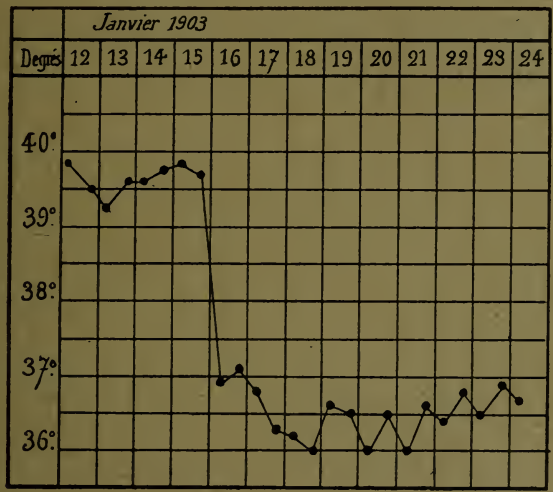


Fig. 35.

Courbe thermique relative à une fillette de 5 ans, atteinte de pneumonie, avec crachat rouillé *unique*, et entrée, à la clinique des enfants, le 3e jour de la maladie.

Diagnostic. — De ce que nous avons dit plus haut, il résulte que le diagnostic de la pneumonie est relativement facile. *Fièvre intense d'emblée, convulsions fortes et de longue durée, toux, dyspnée*, devront y faire songer immédiatement. Nous avons déjà établi, au sujet de la *broncho-pneumonie*, son *diagnostic différentiel* d'avec cette maladie.

Pronostic. — Le pronostic de la pneumonie est toujours grave, moins peut-être par le fait de la maladie elle-même que par les complications ou les conséquences qui peuvent survenir. Les *convulsions* sont au premier rang. Viennent ensuite la *syncope,* le *cœur forcé* et tous ses effets (foie, cerveau, rate, reins, cardiaques).

Traitement. — Le traitement de la pneumonie est relativement simple. Le *régime diététique* ne comprendra que du lait, toutes les trois heures.

Si l'enfant est au sein, celui-ci sera donné seul.

Dans le cas contraire et si le lait pur est vomi, on l'additionnera d'un quart, d'un tiers ou même de moitié, d'eau bouillie. Au besoin, celle-ci, sous forme de *tisane de violettes et de jujubes,* sera administrée sans lait, pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, aussi longtemps que les vomissements persisteront.

C'est là ce que nous avons appelé le *bain interne,* c'est-à-dire le meilleur moyen de provoquer ou de favoriser *la lixiviation de l'organisme,* l'*urination* et la *sudation,* dont les effets sont si utiles dans cette maladie.

Un looch (60 à 120 grammes) au benzoate de soude (50 centigrammes à 2 grammes) sera donné toutes les trois heures, dans l'intervalle des prises de lait, à raison de 1/2 ou 3/4 de cuillerée à bouche, suivant l'âge de l'enfant.

Le *petit vésicatoire* (4/4 centimètres), appliqué *pendant quatre heures* seulement, sera, dans certains cas, *très utile,* surtout *s'il n'y a pas d'albuminurie.*

Ici, comme dans la bronchopneumonie, on devra attentivement surveiller *le cœur.* Au-dessus de deux ans, la digitale (3 à 10 gouttes de teinture suivant l'âge et dans une potion pendant 4 jours consécutifs, puis supprimées pendant 48 heures) sera parfaitement indiquée.

Les excitants diffusibles, l'alcool, l'acétate d'ammoniaque, l'éther, trouveront ici parfois leurs indications, moins souvent toutefois que chez l'adulte. Leur emploi devra toujours être de courte durée.

Les contro-stimulants (antimoniaux, ipécacuanha en infu-

sion ou même comme vomitif) seront *absolument proscrits* (voir broncho-pneumonie).

Aussitôt la convalescence établie et l'apyrexie survenue, l'alimentation, faible d'abord, sera reprise progressivement. On y ajoutera l'usage des phosphates de chaux, du quinquina, etc.

VII. — **Pleurésie.**

Définition. — La pleurésie est l'*inflammation de la plèvre.* Elle est dite *sèche*, quand elle ne détermine point d'épanchement liquide dans l'intérieur de la cavité pleurale ; on la dit *avec épanchement*, dans le cas contraire.

Etiologie. — Certains auteurs (Dreyfus-Brisac entr'autres) ont prétendu qu'il n'y a *pas de pleurésie sans tuberculose.* Cette affirmation, vraie pour un très grand nombre de cas, ne saurait être absolue. La bactériologie et la clinique, d'ailleurs, sont d'accord pour le démontrer. S'il est des pleurésies à *bacilles de Koch*, il en est aussi à *pneumocoques*, à *staphylocoques* et à *streptocoques.* La bactériologie nous a confirmé, depuis peu, ce que la clinique avait admis et démontré depuis longtemps, c'est-à dire qu'il existe des pleurésies *tuberculeuses*, *rhumatismales*, *pneumoniques*, *grippales*, etc., etc.

C'est le plus souvent la *propagation d'une infection*, ayant pour *siège primitif le poumon*, qui donne lieu, consécutivement, à la pleurésie. Celle-ci peut avoir l'apparence d'une maladie *idiopathique.* Peut-être, même, la pleurésie *a frigore* l'est-elle réellement, du moins dans quelques cas.

Symptomatologie. — Quoi qu'il en soit et que la pleurésie soit primitive ou secondaire, sa symptomatologie ne diffère pas essentiellement. Nous décrirons une *pleurésie sèche* et une *pleurésie avec épanchement*, chacune d'elles comportant une *forme aiguë* et une *forme chronique*, une *forme primitive* et une *forme secondaire.*

Pleurésie sèche aiguë. — Elle est extrêmement fréquente, chez l'enfant. Elle accompagne communément la pneumonie

(pleuro-pneumonie) et la broncho-pneumonie (pleuro-broncho-pneumonie).

Elle est, d'ordinaire, *circonscrite* et limitée aux parties de la plèvre le plus directement en rapport avec les lobules ou les lobes lésés, dans l'une et l'autre de ces maladies.

Comme celles-ci, elle est le plus souvent aiguë et se manifeste par de la *fièvre* et une *douleur* ou *point de côté* tel, que l'*enfant pleure quand il respire fort et surtout quand il tousse.*

La *toux* est presque caractéristique, *opiniâtre*, *sèche*, *sans expectoration* le plus souvent, *quinteuse*, *douloureuse* enfin, ce qui arrache des cris et des pleurs au petit malade.

Ces symptômes sont déjà précieux, si l'enfant ne parle pas encore. Ils le sont au moins autant, s'il peut répondre aux questions qu'on lui pose et indiquer, par exemple, qu'il éprouve une douleur en un point déterminé (qu'il peut préciser d'ordinaire), soit quand il *respire*, soit quand il *tousse*, soit même quand il *parle*.

De là, la tendance du malade à *immobiliser*, autant que faire se peut, *le côté lésé;* d'où, des *mouvements respiratoires et thoraciques moins amples, de ce côté.*

La *fièvre* n'est pas très intense. Elle va de 38°, 38°5, à 39°, 39°5, rarement au-dessus.

L'*auscultation* revèle, dans ces cas, l'existence de *frottements pleuraux* à timbres variés, depuis le *frottement de cuir neuf* et le *craquement sec*, jusqu'au *râle sous-crépitant*. Ce qui les *distingue* de tout autre bruit, c'est qu'on les entend également *à l'inspiration et à l'expiration*, c'est-à-dire au va-et-vient des deux feuillets pleuraux (pariétal et viscéral) l'un sur l'autre, pendant la respiration.

Cette pleurésie sèche, aiguë, symptomatique, est généralement *éphémère* et disparaît au bout de quelques jours.

Si l'*atteinte* portée à la plèvre est tant soit peu *profonde* et si la *résolution* des produits exsudés à sa surface (*néomembranes fibrineuses*) reste *incomplète*, l'*état chronique* est constitué et les frottements peuvent devenir persistants ou, même, définitifs.

C'est à peine si, dans ces cas, la *sonorité du thorax subit*

quelques modifications. On voit cependant de la *submatité*, sinon de la *matité*, se produire. Leur *étendue* est généralement en *rapport avec celle de l'inflammation pleurale* elle-même ; leur *persistance*, avec l'*intensité des lésions* produites.

Les *vibrations thoraciques*, dans la pleurésie sèche, aiguë ou chronique, peuvent être *exagérées* à une condition, c'est que le parenchyme pulmonaire soit resté *relativement perméable* à l'air et que le poumon ne soit point gêné, dans son expansion physiologique, comme il l'est dans la pleurésie avec épanchement. L'auscultation donne, en dehors des frottements signalés plus haut, un *souffle bronchique*, qu'une oreille exercée perçoit assez facilement. Il y a aussi, au niveau de la *pleurésie sèche*, *augmentation du retentissement vocal*.

Pleurésie aiguë avec épanchement. — Pour peu que la pleurésie aiguë soit étendue ou intense, il se produit non seulement une exsudation fibrineuse, mais encore un véritable *épanchement séro-fibrineux* dont l'abondance est variable et peut atteindre, dans certains cas, des dimensions véritablement énormes, jusqu'à un ou plusieurs litres.

Si la respiration s'entend encore un peu, c'est au sommet, en avant ou en arrière, et le long de la gouttière costo-vertébrale, dans laquelle se trouve le poumon plus ou moins refoulé par l'épanchement.

Je me rappelle un enfant de 7 ans, entré dans mon service avec un épanchement *purulent*, développé *à la suite d'une pleuro-pneumonie* et *après force applications de vésicatoires*. Il présentait une matité absolue de tout le côté gauche, en avant, en arrière et latéralement et, non seulement un fort déplacement du cœur à droite (cet organe battait là en dehors du sternum), mais encore une *tumeur fluctuante à la partie antéro-supérieure et gauche du thorax*, occupant plusieurs des premiers espaces intercostaux. La thoracentèse, pratiquée par moi aussitôt le malade entré dans le service, rendit la *dyspnée moins intense*, la *circulation moins gênée* et fit *disparaître la tumeur* ci-dessus mentionnée.

Cette tumeur se produit assez communément, chez l'enfant, en raison de la *faible résistance* opposée, par la paroi thora-

cique antéro-supérieure, à la pression exercée par le liquide pleural très abondant.

Chez l'enfant, comme chez l'adulte, le *diaphragme descend* sous l'influence de cette pression qui, *chez le premier, refoule le cœur bien plus encore que chez le second*, comme il force très aisément la paroi thoracique antéro-supérieure, ce qu'il ne peut point faire, aussi facilement du moins, chez l'adulte.

La *faible résistance des côtes*, d'*autant plus marquée que le petit* malade *est plus jeune*, en est la raison principale. Nous ne croyons pas devoir y insister ici davantage.

Exsudations fibrineuses, épanchement séro-fibrineux, finissent, généralement et à la longue, par *se résorber* plus ou moins.

Il *ne faut pas attendre, dans le cas d'épanchement considérable et total, plus de 6 à 7 jours pour intervenir*, si la résolution spontanée ne se montre pas. Car *plus tard, même après la thoracentèse*, le *poumon reste dans la gouttière costo-vertébrale, retenu par une coque fibreuse*, qui l'enveloppe et qui empêche son expansion vers la paroi thoracique.

C'est dans ces conditions que sont à redouter, chez l'enfant plus encore que chez l'adulte. l'aplatissement ou *méplat du thorax correspondant*, la *voussure du côté opposé* par scoliose et emphysème, enfin le cœur droit forcé et toutes ses conséquences (foie, rate, reins, cerveau, cardiaques).

Rien n'est irrégulier comme la fièvre de la pleurésie aiguë. Ici, rien de prévu, rien de cyclique. L'élévation de la température est en rapport avec les *poussées inflammatoires*, l'*extension de l'infection*, la *transformation purulente* de l'épanchement, la *nature* enfin *de la maladie première* qui leur a donné naissance et au cours de laquelle la pleurésie, sèche ou non, s'est produite.

Au moment de la résorption de l'épanchement, un fait nous a frappé bien des fois, c'est l'*absence de fièvre le matin, son existence au contraire le soir.*

Ce fait seul porterait facilement à penser qu'on se trouve en présence d'une *pleurésie tuberculeuse*; or, ce serait une *erreur*, que nous avons *vérifiée dans bien des cas*. L'un d'eux

est relatif à la fille d'un de mes collègues, dont l'inquiétude était grande, en présence de cette *fièvre quotidienne et vespérale*. Je lui communiquai, à cet égard, le résultat de mes observations antérieures, que confirma d'ailleurs pleinement le cas particulier.

Reste l'*explication* à donner d'un tel phénomène. A mesure que l'*épanchement diminue* et que la *perméabilité à l'air augmente dans le poumon*, il semble que *certaine infection, momentanée, en résulte*.

Ne savons-nous pas que la *toux* survient, *parfois opiniâtre, au moment de la thoracentèse*, par le *simple contact de l'air arrivant dans des parties de poumon, qui lui étaient inaccessibles auparavant?*

Pourquoi la fièvre manque-t-elle le matin ? Peut-être parce que le malade reste plus *immobile*, la nuit, dans le décubitus dorsal et que la *résorption infectieuse, au niveau des surfaces pleurales, laissées libres par l'épanchement, est plus grande dans la station assise ou debout*.

Pleurésie chronique. — Elle est *sèche* ou avec *épanchement*. Ses *symptômes sont les mêmes que précédemment*, dans les deux cas, avec cette différence, toutefois, qu'elle paraît mieux tolérée, que les symptômes sont moins intenses (dyspnée, etc.) et que la fièvre peut être nulle. Les phénomènes stéthoscopiques sont identiques, la toux plus ou moins faible, l'état général plus ou moins défectueux. *Sèche*, on l'observe surtout dans la tuberculose pulmonaire. *Avec épanchement et sous forme latente*, nous l'avons rencontrée une fois (à gauche), chez un lycéen de 14 ans, qui était considéré, par son entourage, comme atteint de *simple grippe*.

Le médecin traitant, l'ayant ausculté, le reconnut porteur d'un *épanchement énorme* et nous fit appeler en consultation. Nous le débarrassâmes, *en une fois*, de *trois litres de liquide* contenus dans sa plèvre et qu'il tolérait assez bien somme toute, quoiqu'une syncope mortelle eût pu survenir d'un instant à l'autre.

Nous avons vu, en effet, le *cœur forcé*, dans la bronchite, l'emphysème, la broncho-pneumonie, la pneumonie. Il en est

ainsi d'ailleurs dans la coqueluche, comme nous le dirons plus loin. *C'est surtout dans la pleurésie étendue et, principalement, dans la pleurésie gauche avec épanchement considérable,* qu'il *faut s'attendre à le voir très marqué.*

La *mort subite* a été, depuis longtemps, observée et signalée dans la pleurésie gauche avec épanchement. Le fait n'a pas besoin qu'on s'y arrête longuement. Il indique toutefois la *nécessité d'intervenir rapidement, par la thoracentèse, lorsque le cœur a subi un déplacement trop considérable, ce qui favorise et aggrave la production du cœur forcé.*

Mais, ce qui est tout aussi important à connaître, nous semble-t-il, c'est la survenance de la *mort subite chez des enfants ayant eu, plus ou moins longtemps auparavant, une pleurésie.*

Pour notre compte, nous avons signalé un cas de ce genre relatif à un teigneux âgé de 8 ans, traité et guéri dans notre service pour une pleurésie, avec épanchement, qui nécessita une thoracentèse. Cet enfant, quelque temps après (plusieurs mois), mourut subitement, probablement par gêne cardiaque, résultant des modifications apportées au thorax et au cœur lui-même par la pleurésie préexistante, c'est-à-dire par les *conséquences habituelles de celle-ci* (voir ci-dessus page 388).

Nous donnons, ci-contre, la courbe thermique de ce malade, pour montrer qu'elle ne présente aucune particularité spéciale à noter.

La conclusion à tirer de tout cela, c'est qu'*un enfant, atteint antérieurement de pleurésie, doit être surveillé,* au point de vue du cœur ou de l'albuminurie, *avec autant de soin qu'un ancien rhumatisant ou qu'un ancien scarlatineux.*

Diagnostic. — Les signes stéthoscopiques, que nous avons décrits plus haut à la pleurésie sèche, permettront de la distinguer des râles sous-crépitants d'origine quelconque (*bronchc-pneumonie, pneumonie, congestion,* pour la forme aiguë ; *œdème, tuberculose,* pour la forme chronique).

L'épanchement a ses symptômes propres qui sont : *matité* à la percussion, *diminution ou disparition du murmure vésiculaire, souffle tubaire, bronchophonie, ægophonie,* à l'auscul-

tation ; *diminution des vibrations thoraciques*, à la palpation.

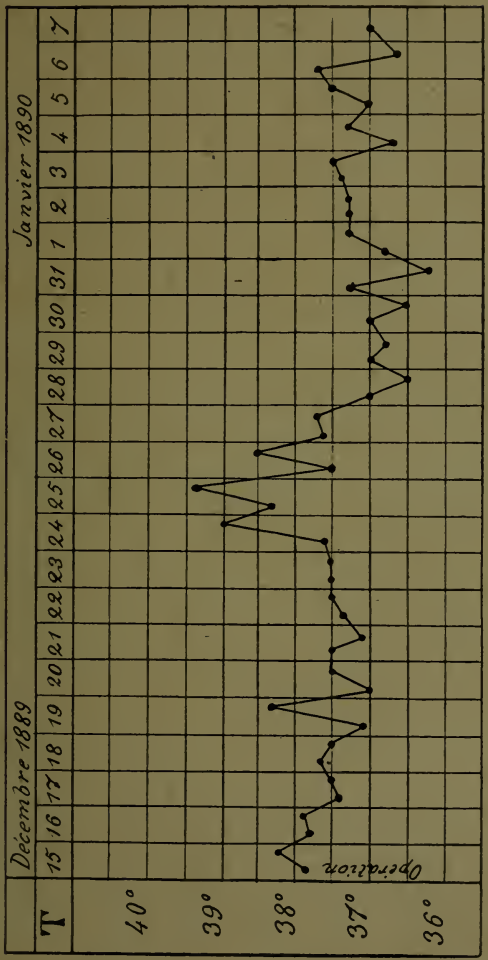


Fig. 36.

Pleurésie aiguë, avec épanchement, observée chez un teigneux de 8 ans.
Thoracentèse le 15 décembre, donnant lieu à l'issue de 560 grammes d'un liquide parfaitement citrin.
Le malade, guéri, *meurt subitement* quelques mois après.

A moins que le liquide ne soit enkysté, ce qui arrive quel-

quefois, *sa limite supérieure a la forme d'une demi-ellipse*, dont la *branche postérieure est plus élevée que l'antérieure. Au niveau de cette limite, parfois même au-dessus*, l'auscultation révèle l'existence de l'*œgophonie* (*voix tremblotante ou voix de chèvre*).

Au-*dessous* de la ligne de niveau, c'est toujours *l'absence du murmure vésiculaire* et, tantôt un *souffle tubaire ou bronchique*, tantôt la *voix de jeton, de polichinelle*, ou la *simple bronchophonie*; enfin, parfois, la *pectoriloquie aphone*, que Baccelli croyait pouvoir toujours rapporter à la *nature séreuse de l'épanchement*. Il semble, au contraire, que ce soit plutôt *affaire de quantité faible de liquide*, que de nature spéciale de celui-ci.

Toujours les *vibrations thoraciques* sont *fortement atténuées ou même entièrement supprimées*.

Pronostic. — Le pronostic, on le conçoit sans peine, *varie suivant la nature et la forme* de la pleurésie.

Bénin, d'ordinaire, dans la pleurésie sèche, qui a surtout pour inconvénient habituel les adhérences pleurales (généralement peu abondantes et limitées), il est *plus grave dans la pleurésie avec épanchement*, à cause sans doute de la mort subite possible, mais aussi des *conséquences tardives* que cette forme de la maladie peut entraîner à sa suite (*méplat du côté correspondant, vous- sure* par emphysème du *côté opposé, scoliose, cœur forcé, ectopie cardiaque*, etc.). Il est plus grave encore s'il s'agit de *pleurésie purulente* ou *tuberculeuse*.

Traitement. — Le traitement de la pleurésie, sèche ou avec épanchement, est le suivant.

Y a-t-il de la fièvre ? l'alimentation sera exclusivement liquide et même lactée.

Dans les *formes chroniques*, les résolutifs (iode, iodiques), les dérivatifs (vésicatoires), seront des plus utiles.

Dans la *pleurésie aiguë au début*, qu'elle soit ou non avec épanchement, *on se gardera d'appliquer des vésicatoires sur la paroi thoracique*. A cette période, ils ne pourraient que contribuer à produire l'épanchement, non encore survenu, ou à l'augmenter considérablement, s'il était déjà formé.

Autant le vésicatoire est dangereux, à ce point de vue, au début d'une pleurésie aiguë, *autant il est utile au moment du déclin*, qu'il y ait épanchement ou non, *pour hâter la résolution* des divers exsudats, liquides ou fibrineux, plus ou moins abondants, qui se sont produits dans chaque cas particulier. Même alors, il ne faudra point toutefois en abuser. On devra enfin s'assurer, au préalable, qu'il n'y a pas trace d'albuminurie et ne recourir à son emploi que lorsque l'épanchement, ayant déjà commencé à diminuer, semble marcher trop lentement dans cette voie.

C'est par la sonorité souvent exagérée de la partie antéro-supérieure (bruit skodique) et par son extension croissante, que l'on jugera de la marche de cette rétrocession.

Il faudra aussi tenir compte, dans cette appréciation, de la *limite inférieure de la matité hépatique ou splénique*, dont la partie supérieure se confond avec celle de l'épanchement superposé. Il est également important de *mesurer*, *en avant*, *l'étendue de la matité dans le sens transversal*, *comme*, *en arrière*, *l'espace où l'on perçoit*, *vers la gouttière costo-vertébrale* et de haut en bas, *le murmure vésiculaire* ou, à son défaut, *les signes stéthoscopiques* signalés plus haut.

Les diurétiques, le lait en particulier, seront indiqués. Dans le même ordre d'idées figure la lactose. S'il existe la moindre trace d'albuminurie, le régime lacté, absolu, est de rigueur.

La *digitale*, *toujours utile dans la pleurésie* aiguë ou chronique, sèche ou avec épanchement, *répondra*, *dans ce dernier cas surtout*, *à une double indication.*

Non seulement, elle préviendra le *cœur forcé*, état qu'elle atténuera ou fera disparaître, s'il existe déjà ; mais, elle agira encore dans le sens de la *diurèse* et, par suite, favorisera la résolution de l'épanchement.

Quand celui-ci sera très considérable et occupera tout un côté jusqu'à la clavicule ; quand il existera *à gauche*, refoulant fortement le cœur, le diaphragme, les organes des hypocondres, la paroi thoracique elle-même ; quand il formera tumeur fluctuante et réductible à la partie antéro-supérieure de celle-ci,

l'*évacuation s'impose*, à l'aide de la thoracentèse pratiquée avec l'aspirateur de Potain ou celui de Dieulafoy. *Nous avons toujours vidé complètement en une fois, lentement* il est vrai, mais *sans avoir jamais à déplorer le moindre accident.*

Si le *liquide* est reconnu *purulent*, l'opération de l'*empyème* est à peu près formellement indiquée.

En opérant d'une façon précoce, dans les deux cas, *on évitera la formation*, par rétraction définitive du poumon, *de ces cloaques purulents*, que *rien ne peut ni tarir ni combler* et pour lesquels s'impose. parfois, l'opération d'*Estlander*. Ces faits sont toutefois, il faut le reconnaître, moins fréquents chez l enfant, en raison de l'élasticité particulière de sa paroi thoracique.

La *gymnastique pulmonaire* sera très efficace, dès le début de la convalescence (*inspirations larges, pratiquées nuit et jour* par le malade, aussi souvent qu'il y pense). *On évitera ainsi les adhérences pleurales,* le *retrait pulmonaire et thoracique*, *l'emphysème*, *la scoliose*, *le cœur forcé*.

Le malade, une fois guéri de sá pleurésie, devra faire lentement de *petites excursions en plein air*, à la campagne, sur des côtes peu rapides.

Il devra placer, au moment de les effectuer, un bâton transversal derrière le thorax. Il en accrochera les extrémités, à l'aide de ses bras passés en arrière et ramenés en avant.

On verra parfois, malgré le traitement le plus rationnel, *persister*, *pendant de longues années sinon toute la vie*, *des frottements pleuraux*, plus ou moins étendus et habituellement unilatéraux, comme trace indélébile et persistante de la pleurésie.

Ces tares constituent même une prédisposition marquée au développement ultérieur de la *tuberculose*, qui vient souvent, dans ces conditions, terminer la scène morbide. D'où, la nécessité d'une hygiène *climatérique et diététique* particulière, dans la convalescence de tout pleurétique.

VIII. — Tuberculose pulmonaire.

Définition. — La tuberculose pulmonaire est caractérisée, comme son nom l'indique, par le développement, dans le poumon, des tubercules produits par le microbe spécifique ou bacille de Koch.

Etiologie. — On invoquait autrefois bien des causes, pour expliquer la production de ce que l'on appelait la *phtisie pulmonaire.* Aujourd'hui, une cause essentielle doit être incriminée, c'est *la contagion.*

Depuis longtemps notre opinion est faite à cet égard, comme cela résulte des divers travaux que nous avons publiés ou inspirés (1). Tel est aussi l'avis de M. le Professeur Grancher, dont le nom fait autorité autant en matière de pédiâtrie qu'en matière de tuberculose, avis qu'il formule lui-même, dans sa magnifique préface au *Traité des maladies de l'enfance* publié sous sa haute direction.

On a de tout temps fait jouer et quelques auteurs, de nos jours attribuent encore un *rôle trop considérable à l'hérédité.*

Nous partagerions leur manière de voir si, par là, ils voulaient entendre la transmission congénitale à l'enfant, soit de la tuberculose des parents, transmission dont les cas sont relativement peu nombreux même après les remarquables travaux de M. le Professeur Landouzy (2), soit d'un tempérament ou d'une débilité particuliers, rendant l'organisme infantile plus attaquable au microbe de Koch, moins résistant à ses atteintes ou à son envahissement.

Loin de nous la pensée de n'attribuer aucun rôle à la *défense de l'organisme;* car, on reconnaîtra avec nous que, si les végétaux, morts ou mourants, sont, de ce fait, plus aptes à recevoir les parasites et à favoriser leur développement, l'orga-

(1) Perrin. Tuberculose pulmonaire infantile de la naissance à deux ans. Thèse de Montpellier, 1897.

(2) Landouzy. Hérédité tuberculeuse, in Revue de Médecine, et Tuberculose infantile, eodem loco, 1891.

nisme humain, débile congénitalement ou débilité ultérieurement et sous l'influence de causes diverses, est mal armé pour se défendre contre l'envahissement par le microbe de Koch, cause fondamentale et nécessaire de toute tuberculose. Donc éviter celui-ci, c'est éviter la maladie qu'il détermine. L'hygiène et la prophylaxie ont fait et font encore, tous les jours, de grands progrès à cet égard.

Au point de vue prophylactique, l'*isolement relatif* du malade et les *sanatoria pour tuberculeux* sont appelés à rendre les plus signalés services.

L'*habitude de ne pas cracher par terre*, prise par tous les malades atteints de bronchite tuberculeuse, *la destruction par le feu des matières expectorées ou leur enfouissement* dans le sol, la *désinfection* méthodique *des crachoirs, des vêtements, du linge de corps, de la literie, des meubles, de l'appartement* d'un tuberculeux pulmonaire, de son vivant et après sa mort, doivent considérablement diminuer le nombre des cas de contagion. Nous connaissons, nous l'avons dit plus haut, une dame de 40 ans, dont la mère, déjà tuberculeuse, mourut, de tuberculose pulmonaire, aussitôt après l'avoir mise au monde. Le père de cette enfant mourut à son tour tuberculeux, trois ans après, bientôt suivi d'ailleurs par sa seconde femme, qu'il contagionna comme il l'avait été lui-même.

Or, l'enfant de cet homme et de cette première femme, morts tous deux tuberculeux, ne l'est pas devenue, parce que, recueillie par une de ses parentes, qui l'éleva, elle fut ainsi préservée d'une mort certaine, par l'éloignement du foyer, dans lequel elle aurait, sans cela, infailliblement péri.

Nous avons vu aussi une enfant de 10 mois dans notre service (1) avec une caverne tuberculeuse, ce qui est exceptionnel à cet âge, enfant dont le père et la mère sont, actuellement encore, bien portants. La lésion fut *diagnostiquée* pendant la vie et *vérifiée* par la nécropsie. Or, le grand'père maternel de cette enfant était mort tuberculeux depuis

(1) Perrin, loco citato, page 24.

quelques mois à peine et, pendant que sa mère allait s'occuper du grand'père malade, l'enfant était placée dans les bras de celui-ci, qui la gardait et la *contagionnait*.

On devra, dans ces conditions, *arracher de bonne heure les enfants au foyer*, si l'on veut éviter la contagion que la *respiration*, la *toux*, l'*expectoration* des tuberculeux pulmonaires rendent, pour ainsi dire, à peu près inévitable.

Koch avait pu croire à la *dualité de la tuberculose*, celle de l'*homme* et celle des *bovidés* étant incapables, d'après lui, de se transformer l'une en l'autre. M. Arloing vient de démontrer tout récemment, au contraire, la *transmission de celle de l'homme aux animaux*. La réciproque est certainement vraie.

De là, la nécessité d'éviter l'ingestion de la viande d'animaux tuberculeux et celle de leur lait. Si la cuisson, d'une part, l'ébullition ou la stérilisation, de l'autre, peuvent être utiles et sont indispensables pour empêcher la contagion, le plus sûr moyen serait encore que les pouvoirs publics ne permissent point la vente et la consommation de la viande ou du lait d'animaux tuberculeux.

L'inspection des vacheries, celle des abattoirs, l'injection de tuberculine comme épreuve d'essai pour les vaches laitières, sont des moyens qui, dans un but de préservation sociale, devraient un jour entrer dans l'*obligation* et la pratique courante.

Il en est de même de la *stérilisation* du lait, *à un moment déterminé par rapport à celui de la traite* ; car, si la stérilisation a lieu trop tard, on peut ainsi annihiler les microbes pathogènes, tuberculeux ou autres, que contient le lait ; on n'annihile point, alors, les *toxines* qu'ils ont sécrétées et qui produisent des *intoxications* de tout genre, parmi lesquelles figure, en tête, le *choléra infantile*.

Les *grandes administrations*, hospitalières en particulier, doivent connaître ces faits et les prévenir, comme elles doivent tenir l'œil à ce que la *composition chimique du lait*, qu'on leur fournit, soit ce qu'elle doit être.

Le jour où les *particuliers eux-mêmes*, suffisamment péné-

trés de l'utilité de ces pratiques, ne négligeront point d'y recourir, un *très grand pas* aura été fait dans la voie de la *prophylaxie.*

Symptomatologie. — Les symptômes de la tuberculose pulmonaire, chez l'enfant, sont à peu de chose près les mêmes que chez l'adulte.

Toux, hémoptysies parfois, bronchite chronique, expectoration (relativement facile pour la dernière période de la seconde enfance, impossible dans l'âge le plus tendre), fièvre, amaigrissement, cachexie: tels sont les symptômes les plus habituels de la tuberculose pulmonaire.

Les *signes physiques locaux* sont absolument les mêmes : *expiration prolongée* au début, *souffle, retentissement vocal, submatité* à la percussion, *matité* même, pour peu que l'infiltration tuberculeuse soit étendue ou que la pleurésie sèche l'accompagne ; tous les signes, en un mot, de l'induration pulmonaire.

Les *craquements, secs* d'abord, *humides ensuite*, sont perçus à l'auscultation ; puis, les phénomènes *caverneuleux* et *cavitaires : râles caverneuleux, gargouillement* ; *respiration, toux, voix, caverneuses* et *amphoriques.*

Plus l'enfant est jeune, plus rapide est l'évolution du mal, qui atteint rarement le degré le plus avancé de la destruction pulmonaire et de la cachexie organique.

Le malade est souvent, dans ces cas, emporté par une *complication surajoutée.* En tête figure la *méningite tuberculeuse.*

La *fièvre, qui peut faire défaut* au début et aussi longtemps que la tuberculose est *fermée* c'est-à-dire tant que la fonte tuberculeuse ne se produit pas, *est souvent définitive.*

Rarement limitée à 38°, elle arrive facilement et vite à 39°, 40°, alors même qu'elle n'est que *vespérale.* Dans le cas contraire, elle est liée à une complication intercurrente (*broncho-pneumonie* pérituberculeuse) ou à une simple coexistence (*fièvre de dentition, fièvres de causes diverses*).

Le *faciès*, dans la seconde enfance, est *caractéristique*, bien que susceptible de présenter deux tableaux un peu différents :

maigreur et pâleur dans le premier cas, *complexion relativement bonne et rougeur des pommettes* dans le second. Cette rougeur va quelquefois de pair et contraste avec l'*émaciation générale* et la *pâleur des autres parties de la face* (front, pourtour des yeux, des ailes du nez, tempes, ovale inférieur du visage).

Une complication fréquente de la tuberculose pulmonaire et certainement plus commune encore chez l'enfant que chez l'adulte est, sans contredit, l'*adénopathie bronchique, tuberculeuse à son tour*, dont nous aurons à reparler plus loin et qui, dans certains cas, est la seule et unique manifestation de la tuberculose. Cette manifestation est *primitive en apparence*, comme les localisations pleurale, péricardique, méningée, mésentérique, osseuse, etc., etc., de même nature.

L'expectoration, qui en général, depuis la découverte du bacille de Koch, permet de préciser encore plus le diagnostic, fait ici, *jusqu'à un certain âge, entièrement défaut. Elle est rare, parfois, fort tard.* C'est là que réside surtout la véritable difficulté, au point de vue de la certitude du diagnostic.

Sans doute on peut bien, à l'exemple du professeur Hutinel, pratiquer, même chez les enfants les plus jeunes, le lavage de l'estomac (étant donné que les petits malades crachent dans cet organe par le fait de la déglutition des produits de sécrétion venus des bronches par la toux), saisir les mucosités qu'on peut en extraire et les examiner au point de vue bacillaire.

A défaut de l'expectoration elle-même, ce procédé est excellent et peut rendre service dans bien des circonstances, au point de vue de la précision diagnostique, précision aujourd'hui rendue nécessaire par les progrès de la bactériologie.

Mais nous avons vu assez souvent l'expectoration d'enfants, tuberculeux pulmonaires, *après avoir contenu* pendant quelque temps le *microbe spécifique, ne plus le présenter* pendant un assez long temps, *enfin le contenir* ensuite, pour ainsi dire, *régulièrement.*

En opposition avec cela, nous avons actuellement, dans le service, une malade âgée de 15 ans, que nous suivons

depuis 7 ans et qui, ayant eu même, dans cet intervalle, de la *méningite suraiguë*, *tousse* et *crache aujourd'hui* facilement. Les bactériologistes les plus autorisés n'ont jamais pu déceler, dans les produits de son expectoration, le moindre bacille de Koch. Elle porte cependant des lésions, aux *deux sommets*, qui revêtent tous les caractères propres aux symptômes de la tuberculose pulmonaire (*craquements secs et humides, râles sous-crépitants*, par moments même *cavernuleux*).

Ces lésions sont surtout marquées à *droite*, où existent les *vestiges d'une pleurésie sèche, à peu près généralisée*, donnant lieu à des frottements pleuraux disséminés.

Il en est résulté, en outre, une *scoliose* à concavité droite, pour laquelle j'ai dû prescrire un *corset orthopédique*.

La menstruation s'est établie, chez cette jeune fille, depuis déjà plusieurs années. Elle est *très régulière*.

Quoique élancée cette malade jouit, à première vue, d'une santé relativement bonne. La mère et le père sont morts tuberculeux, nous dit-on, il y a fort longtemps. Ce dernier aurait eu la syphilis.

L'iodure de potassium (1 gramme par jour) en même temps d'ailleurs que le carbonate de gaïacol (20 centigrammes en 2 cachets par 24 heures) nous ont rendu les plus signalés services.

Les lésions paraissent actuellement rétrocéder. S'agirait-il là d'une *pseudo-tuberculose pulmonaire? Le fait serait en lui-même fort curieux à enregistrer*. Ne s'agirait-il pas plutôt d'une *adénopathie trachéo-bronchique, tuberculeuse et primitive d'emblée*, susceptible d'expliquer : les troubles de sécrétion des bronches ; la dilatation bronchique, qui a pu simuler une cavernule à un moment donné ; les phénomènes de congestion pulmonaire plus ou moins intenses, que nous avons constatés à plusieurs reprises ; la broncho-pneumonie et, enfin, la pleurésie droite, qui n'est peut-être que de la *tuberculose pleurale*, tuberculose fermée d'ailleurs, comme celle des ganglions bronchiques eux-mêmes?

Il ne serait pas impossible, dans ce cas, de *voir un jour apparaître le microbe de Koch dans l'expectoration*, apparition

qui, si elle se réalise, sera bien *tardive*, il faut le reconnaître.

La tuberculose, chez l'enfant, est *rarement aussi torpide*. Il est plus habituel de la voir revêtir une *marche rapide* ou une forme *suraiguë*.

Le plus jeune tuberculeux pulmonaire que nous ayons vu est l'enfant de 10 mois, dont nous avons parlé plus haut. Nous avons rencontré, au dessus de 4 ans généralement, des enfants atteints de tuberculose pulmonaire *à début torpide* mais ne tardant pas à s'accompagner de *fièvre hectique*, *périodique* et *vespérale*, contre laquelle l'antipyrine réussit généralement, au moins pendant plusieurs jours de suite, quitte à en augmenter les doses par la suite ou à lui substituer, pendant quelques jours, le sulfate de quinine et surtout la cryogénine, pour la reprendre ensuite.

D'autres fois, nous avons vu une *généralisation tuberculeuse* se produire au cours de la phthisie pulmonaire. Non seulement les séreuses (*méninges*, *péricarde*, *plèvre*, *péritoine*, *synoviales*) peuvent être envahies, dans ces conditions, mais encore certains organes, tels que : le *foie* (cirrhose cardio-tuberculeuse d'Hutinel à la seconde période), le rein, la rate, etc.

Dans ce dernier cas, les très larges oscillations de la température mettent sur la voie et l'examen de l'organe splénique dénote une *splénomégalie* et une *splénalgie*, qui existent rarement en dehors de cette localisation. Dans un cas, où nous l'avions diagnostiquée, l'autopsie, nous l'avons déjà dit, est venue démontrer le bien-fondé de notre opinion (1).

Le *cœur forcé*, le *foie cardiaque*, le *foie gras des tuberculeux*, les *troubles gastro-intestinaux* (vomissements mécaniques le plus souvent, diarrhée hépatique, intestinale, etc.) sont les conséquences ordinaires de la tuberculose pulmonaire, sans parler de la *tuberculose rénale*, sur laquelle nous reviendrons plus loin.

En dehors de la *pleurésie sèche pérituberculeuse*, dont nous avons parlé précédemment, on voit quelquefois aussi la *tuber-*

(1) Voir plus haut, pages 252 et 253.

culose elle-même envahir la presque totalité de la plèvre d'un seul côté et paraître primitivement pleurale. Nous avons, une fois, observé le pneumothorax suivi d'emphysème sous-cutané de la région cervicale et supérieure du tronc (1).

Il en est ainsi de l'*adénopathie trachéo-bronchique*, souvent *tuberculeuse d'emblée en apparence.*

Ces localisations sont tout à fait comparables à celle que l'on désigne sous le nom d'*adénopathie mésentérique tuberculeuse* ou *carreau.*

Diagnostic.— La tuberculose pulmonaire, chez l'enfant, offre peut-être un peu plus de difficultés diagnostiques que chez l'adulte et cela, en raison surtout de l'*absence d'expectoration* dans l'immense majorité des cas et, par suite, *du corps du délit* (bacille de Koch). Nous avons dit plus haut comment le lavage de l'estomac, même chez les nourrissons, pouvait venir en aide, à ce point de vue.

Mais si l'on songe à la *quantité prodigieuse* de *tuberculoses fermées*, observées chez l'enfant, on comprendra combien la bactériologie est appelée à jouer un *rôle effacé*, somme toute, dans cette maladie, contrairement à l'idée que l'on pourrait s'en faire tout d'abord.

On doit évidemment y recourir aussi souvent que l'on peut, sans être autorisé toutefois à déclarer non tuberculeux tout malade après examen négatif ; car, les cas les plus avérés de tuberculose pulmonaire ont donné lieu parfois à de pareils résultats, pendant un certain temps, alors qu'ils avaient été positifs auparavant et qu'ils le restaient ultérieurement. Nous en avons nous-même cité plus haut un exemple. Les *symptômes, locaux ou généraux, fonctionnels, objectifs ou subjectifs*, peuvent être les mêmes chez l'enfant et chez l'adulte.

La *fièvre tuberculeuse* sera rarement confondue avec une autre, surtout lorsque, devenue *hectique*, elle sera *intermittente*, *quotidienne* et *vespérale*, ou *continue avec exacerbation géné-*

(1) Voir la thèse de A. Georgieff sur l'Emphysème sous-cutané infantile à propos d'un cas observé, chez une fillette de 7 ans, à la fin d'une tuberculose pulmonaire. Montpellier, 1898.

ralement intense le soir. Mais, il faut le reconnaître, *en l'absence du bacille de Koch*, bien des *états*, *broncho-pneumoniques* par exemple, *pourront être confondus avec la tuberculose pulmonaire aiguë*, de même que *certaines lésions pleurales*, *chroniques*, *pourront être prises pour de la tuberculose torpide*.

C'est là que la sagacité du pédiâtre expérimenté aura matière à s'exercer et à se révéler dans chaque cas particulier, où les *commémoratifs* du sujet et de la famille, *trop connus* parfois du médecin ordinaire, l'induiront facilement en erreur, tandis que le médecin consultant, moins frappé de ces antécédents, y ajoutera une importance plus faible et, sans en faire abstraction complète, ne s'appuiera point sur eux aussi fortement que son confrère.

C'est dans ces conditions que j'ai été appelé à soigner une jeune fille de 10 ans, dont le père, la mère, des frères et des sœurs avaient succombé à la tuberculose. Je la vis avec un de mes collègues et un autre confrère, petits parents de la malade, qu'ils connaissaient très bien par conséquent.

L'un d'eux crut avoir affaire à une fièvre typhoïde, l'autre à une granulie.

Je parlai de *gastro-entérite commune*, malgré les quelques points de *broncho-pneumonie* constatés et que je mis sur le compte d'une auto-infection intestinale. Tout rentra dans l'ordre, après plusieurs semaines, *conformément à mon diagnostic et à mon pronostic*, au grand étonnement et à la non moins grande satisfaction mes confrères.

Que de fois, en présence de convulsions et de prétendues méningites tuberculeuses, ne m'est-il pas arrivé de rectifier le diagnostic du médecin traitant qui, à sa vive surprise et avec la joie la plus parfaite, voyait guérir, dans une famille de tuberculeux héréditaires selon lui, ces enfants, alors que d'autres avaient précédemment succombé sous ses yeux, disait-il, à de la méningite tuberculeuse.

J'ai cité depuis longtemps, à cet égard, l'exemple fort remarquable d'une enfant de 10 ans, unique survivante d'une famille de 7 enfants, dont tous les autres étaient morts de méningite tuberculeuse. Atteinte de fortes convulsions, elle

fut condamnée par le médecin de la famille. C'est alors qu'appelé en consultation, je reconnus l'existence d'une *pneumonie unilatérale*, dont la malade guérit d'ailleurs, en 8 jours, parfaitement.

On pourrait confondre, avec la tuberculose pulmonaire à *forme hémoptoïque*, les hémoptysies que nous avons vues, dans un cas, constituer, presque à elles seules, toute la symptomatologie du *scorbut infantile* ou plutôt de l'*hémophilie*.

Pronostic. — Une fois le diagnostic de tuberculose pulmonaire porté et surtout confirmé, le pronostic est toujours *grave* et même *très grave*.

Malgré les cas, rares à notre avis, de guérison de tuberculose pulmonaire chez l'adulte, nous pensons que la tuberculose, chez l'enfant, est presque toujours, tôt ou tard, fatalement mortelle.

Nous avons bien vu, dans un cas de symphyse péricardique d'origine tuberculeuse, le *foyer s'éteindre momentanément ;* mais le malade succomba plus tard, dans notre service, avec tous les symptômes d'une *cirrhose cardio-tuberculeuse* et surtout d'une *méningite aiguë de même nature*.

Que les *tuberculoses fermées* soient *plus fréquentes chez l'enfant* que chez l'adulte, nous voulons bien le croire et nos observations nous autorisent à l'admettre. Que, par suite, *leur durée* soit *plus longue*, nous le croyons aussi, nous en sommes parfaitement convaincu.

De là ces *tuberculoses chroniques des séreuses et des ganglions lymphatiques*, si communes et si répandues dans l'enfance.

Mais, *quand la tuberculose est franchement pulmonaire, il est rare qu'elle soit de longue durée*. D'ordinaire, au contraire, elle *évolue très rapidement. Cette durée, qui peut n'être que de quelques mois à peine, excède rarement celle d'un an ou de deux*.

Prophylaxie. — En présence d'un enfant prédisposé à la tuberculose, le pédiâtre doit faire, tout d'abord, de la *prophylaxie*.

Si la mère est tuberculeuse, elle ne doit pas nourrir. Si

l'un quelconque des procréateurs est tuberculeux, *a fortiori* s'ils le sont tous les deux, l'enfant sera *arraché au foyer* et placé à la *campagne*, si possible, ou tout au moins chez un parent, un ami, dans une crèche, etc., etc. De là, aussi, l'utilité de *surveiller les nourrices* au point de vue de la tuberculose.

Le *lait* animal sera toujours *stérilisé* avant d'être administré. Plus tard, la *viande* de boucherie *devra être de provenance connue et sûre*. Elle devra toujours être soumise, d'ailleurs, à une *cuisson suffisante*.

Tout tuberculeux sera exclu d'une collectivité d'enfants (crèches, écoles, pensionnats, ateliers, orphelinats, etc).

Dans les *sanatoria pour tuberculeux, de la place sera réservée aux enfants*, à moins, ce qui serait bien préférable encore, que l'on ne construisît pour eux, comme à Hyères par exemple, des *sanatoria-école spéciaux*.

La désinfection des linges, des objets, des meubles, ayant appartenu à un tuberculeux, doit être faite avec le plus grand soin, ainsi que celle des crachoirs, des cabinets d'aisance et des divers locaux qu'il a habités.

Nous avons vu, dans une famille, une seule enfant, la plus jeune, devenir tuberculeuse et mourir, en un an, de cette affection, pour avoir habité un local récemment occupé par une personne atteinte de phtisie pulmonaire.

- *Traitement.* — Une fois la maladie constituée, la première indication à remplir consiste à *maintenir les forces du malade* et à conserver, aussi bonnes que possible, *ses fonctions digestives*. On *alimentera bien* le petit tuberculeux (le sein sera pourtant refusé au nourrisson (1) et remplacé par le lait animal, même avant l'âge du sevrage). Un peu plus tard, on pourra recourir à la *viande crue* (telle que Fuster la recommandait pour l'adulte, *mais sans alcool*) ou au *sérum de viande* (Richet).

(1) Nous avons, en effet, cité un exemple de contagion de la nourrice par un nourrisson tuberculeux. (Baumel : Tuberculose infantile. Conférence faite au Palais universitaire de Montpellier le 6 février 1903). Bien que ce cas soit *unique*, à notre connaissance, nous devons faire tous nos efforts pour en éviter de nouveaux.

Comme médicaments, on prescrira : les *reconstituants* (phosphate de chaux, arséniate de soude), les *toniques* (quinquina en décoction) ; *mais, pas de fer*, à moins d'indication tout à fait spéciale. *Ce médicament est plus dangereux qu'utile, en général, dans ces cas.*

Contre la fièvre, l'antipyrine nous a presque toujours réussi et, dans les cas même les plus rebelles, au moins momentanément. La cryogénine lui paraît encore supérieure.

Contre les *hémoptysies*, on donnera : l'ergotine en potion, le perchlorure de fer, au besoin l'ergotinine en injections hypodermiques.

Comme spécifiques : le carbonate de gaïacol (5 à 10 centigrammes en cachets, 2 fois par jour), le cacodylate de soude ou le méthylarsinate disodique (un à plusieurs centigrammes). Chez les plus jeunes : le benzoate de soude, dans un looch.

Contre la bronchite et l'expectoration abondante, contre l'hypersécrétion bronchique en un mot, on formulera des pilules avec chacune :

Terpinol	ãã 5 à 10 centigrammes
Benzoate de soude . .	
Sucre	Q. s.

Prises à raison de 4 par jour et à 6 heures d'intervalle, elles nous ont souvent rendu de signalés services.

Si la marche de la tuberculose pulmonaire *n'est pas aiguë, les sulfureux* (en boisson, en inhalations, en bains) peuvent être des plus utiles. Cauterets, dans certains cas, Luchon, Amélie, Uriage, Allevard, dans certains autres, trouvent leurs indications particulières. Il en est de même des *eaux arsenicales :* la Bourboule, par exemple.

Contre les *romissements*, l'eau chloroformée ; le sirop de Tolu belladoné, dans la *toux coqueluchoïde de l'adénopathie trachéo-bronchique* ; contre les *poussées congestives ou inflammatoires*, le vésicatoire de courte durée (4 heures) ; pour combattre les *sueurs profuses*, l'atropine ; les amers et les toniques contre l'*anorexie* ; enfin les constipants (bismuth), dans les

cas de *diarrhée :* tels sont les moyens habituellement employés, avec un succès plus ou moins grand, à titre de *palliatifs.*

L'huile de foie de morue, l'hiver ; l'aération parfaite, en toute saison, sont aussi extrêmement utiles. Nous pouvons citer, dans le même ordre d'idées, les *sanatoria maritimes* et d'*altitude* répondant, les uns et les autres, à des indications spéciales.

IX. — Adénopathie trachéo-bronchique

Définition. — L'adénopathie trachéo-bronchique (1) n'est autre chose que l'*hypertrophie des ganglions péritrachéaux ou péribronchiques*, sous l'influence d'une *infection locale*, le plus souvent d'origine *broncho-pulmonaire.*

Etiologie. — *Bien des causes* ou, pour mieux dire, *bien des infections*, reconnaissant une pareille origine, *sont capables de produire l'adénopathie trachéo-bronchique.*

Il faudrait, ici, faire l'énumération des *diverses infections susceptibles de se localiser sur les bronches et les poumons*, pour donner, du même coup, la liste des raisons habituelles de l'adénopathie. Nous énumérerons seulement les principales qui sont : la *bronchite* aiguë ou chronique, à répétition, quelle qu'en soit l'origine ; la *grippe*, la *broncho-pneumonie*, la *pneumonie*, la *tuberculose broncho-pulmonaire ;* sans oublier la rougeole et le *catarrhe bronchique rubéoleux*, pas plus d'ailleurs que la *coqueluche*, dont nous aurons à parler plus loin.

On peut dire, d'une façon générale, que *toute infection à siège broncho-pulmonaire retentit avec plus ou moins de facilité, de rapidité, d'intensité, sur les vaisseaux lymphatiques et ganglions correspondants.*

L'*adénopathie* trachéo-bronchique est ou *concomitante de l'affection première* qui lui a donné naissance, ou, au contraire, *consécutive* à cette affection. Elle peut revêtir la forme

(1) Voir la thèse de M. le Dr Mahy sur l'Adénopathie trachéo-bronchique, Montpellier, 1899.

primitive d'emblée, en apparence, ou la *forme secondaire*. L'une et l'autre sont *également fréquentes dans la tuberculose*.

Dans le premier cas, les bronches ou le poumon donnent passage au bacille de Koch, sans qu'il reste la moindre trace de ce passage, vu la perméabilité extrême, dans l'enfance, non seulement des voies lymphatiques (vaisseaux principalement, non encombrés comme plus tard de poussières et de particules charbonneuses-Weill (1)), mais encore des parenchymes eux-mêmes et des tissus en général.

Or le *bacille*, dans ce cas, est *arrêté par le ganglion* correspondant, dans lequel il se développe et pullule, déterminant là, comme en bien d'autres points dans d'autres circonstances, une *tuberculose ganglionnaire, en apparence primitive d'emblée*.

Cette forme de la tuberculose est très commune dans l'enfance. Elle peut toutefois n'être que secondaire à une tuberculose pulmonaire, qu'elle complique presque toujours, ainsi que cela survient, même chez l'adulte, à une période plus ou moins avancée de la maladie. *Il faudrait bien se garder, cependant, de considérer comme nécessairement tuberculeuse toute adénopathie trachéo-bronchique*.

Le plus souvent, en effet, quand on l'observe en dehors de la tuberculose pulmonaire, cette adénopathie est *de tout autre nature* et relève *directement de celle des lésions dont les bronches et le poumon ont été atteints* (bronchite simple, grippe, coqueluche, rougeole, fièvre typhoïde, etc., etc.). Nous aurons à revenir, d'ailleurs, sur cette question, au point de vue du diagnostic et du pronostic.

Symptomatologie. — La *symptomatologie* de l'adénopathie trachéo-bronchique est véritablement *spéciale*. Elle comprend des *symptômes fonctionnels* et des *symptômes physiques*, que nous allons successivement étudier.

Comme symptômes fonctionnels, nous devons décrire, d'abord, une *toux caractéristique et à peu près pathognomo-*

(1) Weill, Préface à son Précis de médecine infantile, Paris, Octave Doin, 1900.

nique. Sèche, fatigante, elle se présente sous forme de *quintes*, qui ont une certaine analogie avec celles de la coqueluche, de là le nom de *toux coqueluchoïde*, qui lui a été donné.

Elle s'en distingue, toutefois, par l'*intensité et le nombre des quintes*, qui sont *bien moindres*. Dans certains cas, elles peuvent cependant être assez *intenses* pour faire craindre à l'entourage la *suffocation* et la mort du petit malade, qui devient *cyanosé*, respire mal ou pas du tout à certains moments et semble menacé, passagèrement du moins, d'*asphyxie* et de *syncope respiratoire ou cardiaque*.

Une *toux sèche, nerveuse, spasmodique, persiste dans l'intervalle des quintes*, surtout quand l'adénopathie est dégagée de tout élément de complication broncho-pulmonaire actuelle, qui pourrait, on le conçoit sans peine, masquer ou modifier ses caractères propres.

Comme dans la coqueluche, la fièvre, allumée sous un *prétexte quelconque* (dentition, broncho-pneumonie, angine, scarlatine, etc.), *calme ou fait cesser momentanément la toux coqueluchoïde de l'adénopathie*.

La *respiration* est plus ou moins *courte, gênée, fréquente*.

Parmi les *symptômes physiques*, les meilleurs sont incontestablement ceux que l'on perçoit à la *partie supérieure des gouttières costo-vertébrales, en arrière* du thorax par conséquent et *depuis le haut de celui-ci jusque vers le milieu*, c'est-à-dire *jusque vers le voisinage du hile du poumon*.

La *percussion* à ce niveau doit être pratiquée, le *doigt percuté (médius gauche) se trouvant placé verticalement* par rapport à l'ensemble des côtes, c'est-à-dire *dans la gouttière elle-même* et suivant sa direction propre. Fonssagrives a depuis longtemps insisté, avec juste raison, sur cette nécessité pratique.

De la sorte et *en déplaçant de haut en bas* dans la gouttière le doigt percuté, on s'apercevra bien vite que *tel* ou *tel point*, de l'espace ainsi parcouru et exploré, est le siège d'une *matité* ou d'une *submatité* particulière, qui *contraste* fortement *avec la sonorité perçue seulement à la partie inférieure des deux gouttières*, si l'adénopathie est *bilatérale*, et même *avec les parties*

correspondantes et symétriques de la gouttière opposée, si l'*adénopathie* est *unilatérale*.

Bien que prédominant généralement d'un côté, celle-ci est ordinairement bilatérale.

Les points, au niveau desquels se perçoit plus facilement et d'une manière plus intense la submatité ou même la matité à laquelle elle donne lieu, sont les *points extrêmes de la limite* que nous lui avons assignée tout à l'heure, c'est-à-dire le *sommet du poumon* (la percussion étant toujours pratiquée dans la gouttière) et le *voisinage du hile* (tiers moyen). L'*auscultation* révèle à ce niveau, d'ordinaire, un *souffle* plus ou moins intense, perçu à *l'expiration autant sinon plus qu'à l'inspiration*, contrairement à ce qui se passe à l'état normal où le bruit inspirateur, intense et doux (*respiration puérile*), est seul entendu.

A l'auscultation de la *voix*, on perçoit un *retentissement vocal*, assez accusé.

La *palpation*, pendant que le malade parle, fait constater une *exagération* plus ou moins marquée *des vibrations thoraciques*.

Tous ces *signes physiques* sont exactement ceux de l'*induration pulmonaire en général*, *symptômes* que *caractérisent ici* et qu'*individualisent*, d'une part, la *toux coqueluchoïde* déjà décrite, d'autre part, les *anamnestiques ou commémoratifs* du sujet.

Toutefois, pour constater l'existence de ces *divers signes*, il faut que les lésions soient assez considérables, c'est-à-dire que l'*hypertrophie ganglionnaire* soit *intense*.

Ce ne sont pas les seuls, d'ailleurs, et souvent on est mis sur la voie du diagnostic par d'autres symptômes, qui, pour être moins constants et de siège plus variable, n'en sont pas moins précieux, à ce point de vue. Il arrive en effet, parfois, que l'*auscultation* du poumon, chez un *enfant qui tousse depuis quelque temps*, révèle, sur certains points du thorax, un *silence relatif* (affaiblissement) ou *absolu* (absence) *du murmure vésiculaire*, toujours d'étendue limitée et sur un seul ou sur les deux poumons. Ce *silence indique*, généralement,

la *compression d'une ou de plusieurs bronches par l'adénopathie* existant sur leur parcours, d'où *oblitération partielle ou totale de leur calibre, expliquant l'affaiblissement ou l'absence du murmure vésiculaire dans le département pulmonaire correspondant.*

On entend aussi, quelquefois, des *râles bronchiques divers* (sibilants, ronflants, plaintifs) *ou même muqueux* (d'œdème, de congestion pulmonaire) tenant, les premiers, à l'*inflammation* et à l'*hypersécrétion bronchiques*, les seconds, à la *compression des vaisseaux* (veines surtout) qui suivent le trajet des bronches.

Ces bruits, surajoutés ou au contraire supprimés, doivent être significatifs pour une oreille tant soit peu exercée et faire immédiatement songer le pédiâtre, qui les perçoit, à la possibilité de l'existence de l'adénopathie, qu'ils accompagnent d'ordinaire.

Diagnostic. — Tous les symptômes, fonctionnels ou physiques, que nous venons de décrire, suffisent à eux seuls pour faire reconnaître l'adénopathie bronchique. A plus forte raison en sera-t-il ainsi, quand les commémoratifs apprendront que le petit malade a eu *plusieurs bronchites*, *broncho-pneumonies* ou *pneumonies successives*, espacées par un intervalle plus ou moins court; quand on saura que l'enfant est *à peine convalescent d'une coqueluche* ou qu'il relève d'une *rougeole*.

Ce n'est guère qu'avec la coqueluche que pourra être confondue la toux coqueluchoïde de l'adénopathie bronchique. Encore un pédiâtre tant soit peu expérimenté n'hésitera-t-il pas longtemps à les différencier. C'est là que les anamnestiques ou commémoratifs du sujet seront des plus utiles. Nous n'insistons pas davantage sur ce diagnostic différentiel, sur lequel nous aurons à revenir ultérieurement, quand nous nous occuperons de la coqueluche elle-même.

Les signes physiques d'induration et la toux (en dehors du caractère coqueluchoïde) pourront faire croire à une *tuberculose pulmonaire* au début. Le *siège spécial des premiers, dans les gouttières et à leur partie supérieure, dissipera bientôt un tel doute*, à supposer qu'il puisse un instant s'élever dans l'esprit

de l'observateur. Enfin, les bruits surajoutés ou supprimés, dont nous avons parlé plus haut, viendront faire pencher la balance en faveur de l'adénopathie.

Celle-ci une fois reconnue et diagnostiquée, *quelle en est la nature? Étant donnée la fréquence de l'adénopathie non tuberculeuse, c'est à elle que l'on devra songer tout d'abord*, surtout s'il a existé une maladie, infectieuse et locale, qui puisse en donner la raison d'être (coqueluche, rougeole, etc.). Ce n'est que lorsque ce précédent fera défaut et qu'on se trouvera en présence d'un *malade notoirement scrofuleux, issu de parents* atteints de tuberculose, ou ayant vécu à côté d'un tuberculeux, que l'on pourra croire à une *adénopathie tuberculeuse d'emblée.*

Quant à celle qui est *consécutive à la tuberculose pulmonaire*, il sera aisé d'en préciser la nature, par les lésions pulmonaires coexistantes, généralement faciles à constater et à reconnaître, comme nous l'avons indiqué précédemment (voir Tuberculose et Tuberculose pulmonaire).

Certains cas, malgré tout, présenteront de *sérieuses difficultés.* Ce sont ceux dans lesquels on verra survenir, au cours ou à la suite d'une rougeole ou d'une coqueluche par exemple (ainsi qu'il nous a été donné de l'observer), une *tuberculose aiguë*, broncho-pulmonaire et adénopathique, *venant se greffer sur la broncho-pneumonie et l'adénopathie rubéoliques ou coqueluchéuses.* Encore, dans ces cas particuliers, l'*état antérieur du sujet* (généralement tuberculeux avant la rougeole ou la coqueluche qui semblent avoir tout créé dans l'espèce alors qu'elles ont simplement activé ou fait éclore une tuberculose déjà manifeste ou latente), la *longue durée et la persistance de la fièvre* principalement le soir, enfin l'*examen bactériologique des crachats ou du contenu stomacal* serviront à mettre le pédiâtre sur la voie du diagnostic, qui, pour présenter de très grandes difficultés, dans ces cas, n'en est point pour cela absolument insurmontable ou impossible.

Pronostic. — Le pronostic, on le comprend sans peine, est tout différent suivant que l'adénopathie est tuberculeuse ou non.

Grave, très grave même, dans le premier cas, en raison de la *possibilité de la fonte tuberculeuse des ganglions eux-mêmes ou de la généralisation de la tuberculose à l'organisme*, il est des plus *bénins dans le second* c'est-à-dire dans *les cas d'adénopathie*, de beaucoup *les plus nombreux*, qui *reconnaissent pour origine une cause banale et commune*, comme la grippe, la bronchite simple, la broncho-pneumonie, la pneumonie et surtout la rougeole ou la coqueluche.

Traitement. — Le traitement de l'adénopathie trachéo-bronchique est fort simple, il comprend : 1° *celui des maladies broncho-pulmonaires, au cours desquelles elle se développe*. Nous venons de les énumérer. (Voir leur traitement spécial, au chapitre qui leur est consacré).

2° En dehors de cela, *l'usage des résolutifs*, en tête desquels figurent l'iode et les iodiques qui, administrés par la voie gastrique, sont des plus utiles.

Contre la toux coqueluchoïde, le *sirop de Tolu belladoné* nous réussit, d'ordinaire, comme dans la coqueluche (voir le traitement de cette dernière). Peut-être se trouvera-t on bien ultérieurement, dans l'adénopathie elle-même, *des pulvérisations phéniquées* à 25 p. °/₀₀, que nous préconisons nous-même dans la maladie précédente.

Ici encore, *l'état du cœur doit être attentivement surveillé* et la digitale prescrite aussitôt qu'elle paraît nécessaire.

X. — Coqueluche.

Définition. — La coqueluche est une maladie fort commune, dans l'enfance, et constituée par un *catarrhe bronchique, spécifique* et *contagieux*, donnant lieu à une *toux spéciale* et *convulsive, que remplacent parfois, chez le nourrisson, des phénomènes de spasme de la glotte sans toux pathognomonique.*

Étiologie. — La coqueluche vient de la coqueluche, comme la rougeole vient de la rougeole, la scarlatine de la scarlatine, etc., ce qui a fait depuis longtemps admettre l'existence d'un

microbe ou *agent infectieux*, pathogène (Afanasjiew, etc.), sur lequel les auteurs ne sont point encore tombés d'accord.

Ainsi que pour la plupart des maladies contagieuses, il n'est *pas toujours aisé* de remonter à *l'origine première* du mal, c'est-à dire au moment précis où la *contagion* a eu lieu. *Le plus souvent*, toutefois, *on peut l'établir facilement.*

Symptomatologie. — Quand la maladie est très nettement confirmée, il n'y a pas de grandes difficultés à la reconnaître, d'ordinaire. Il suffit d'entendre une seule *quinte*, pour porter le diagnostic sûrement.

La quinte est caractérisée par un *ensemble de secousses de toux*, plus ou moins nombreuses et d'intensité variable, fortes habituellement. *Ces secousses successives se font coup sur coup et sont toutes d'expiration,* jusqu'au moment où survient l'*inspiration bruyante* ou *reprise* à laquelle, par analogie, on a donné le nom de *chant de coq.*

Cette inspiration est à son tour *suivie de secousses de toux, d'expiration comme les précédentes, suivies elles-mêmes d'une inspiration bruyante.* La quinte est ainsi coupée par plusieurs de ces inspirations.

Avant qu'elle s'effectue, le petit malade, qui la *sent venir* et la *redoute*, *quitte les jeux*, s'il est d'âge à y prendre part, *s'arrête*, *se cramponne*, *s'arcboute* à un meuble comme point d'appui et *y reste fixé jusqu'à la fin de sa quinte.*

Pendant celle-ci, son *visage se congestionne* fortement, d'autant plus, que les quintes sont plus fortes. Il peut se produire de la *cyanose*, des lèvres et de la langue en particulier. Elle est généralement plus marquée et plus intense chez les enfants tout jeunes. Nous aurons à y revenir dans un instant.

A *la fin* de la quinte, le petit malade *expulse des crachats spumeux et visqueux*, assez abondants. Le fait est d'autant plus curieux en lui-même (l'enfant ne crachant pas d'ordinaire dans les diverses maladies broncho-pulmonaires dont il est atteint) que Cadet de Gassicourt a pu dire : *tout enfant, au-dessous de 7 ans, qui crache a la coqueluche* (1).

(1) Cadet de Gassicourt. Maladies des enfants, 2e édition. Paris, 1887. Tome II, page 297.

Dans l'*intervalle des quintes*, la *respiration est bruyante à distance* et l'on entend un bruit trachéo-bronchique, à peu près continu, constitué par des sibilants et des ronflants, perceptibles même en dehors de l'auscultation directe.

La *face* est souvent *tuméfiée* et comme *bouffie*, les *yeux sont brillants* et presque *saillants*. C'est là, pour certains auteurs, la conséquence des *efforts* provoqués par les quintes. Nous voulons bien l'admettre, nous y ajouterons toutefois l'action de l'*emphysème pulmonaire* résultant de ces efforts, de la *bronchite généralisée*, de l'*adénopathie trachéo-bronchique* enfin *sur le cœur droit, forcé bien souvent* dans ces conditions. C'est ce que ne dit pas suffisamment le mot *effort* employé par les auteurs, mot qui fait perdre de vue la dilatation cardiaque droite et l'insuffisance tricuspidienne, fonctionnelle, consécutive.

Le *nombre de quintes varie* considérablement suivant les cas ; c'est ce qui a fait admettre, à Trousseau lui-même, des *coqueluches graves*, *moyennes* ou *faibles*, selon précisément ce nombre plus ou moins élevé.

Périodes. — Avant l'apparition des quintes, même dans la coqueluche la plus typique, il est bon de rappeler que, pendant un septénaire environ, le *catarrhe trachéo-bronchique existe seul* et que, si l'on n'y prend garde, l'enfant, qui tousse sans fièvre (comme c'est le cas ordinaire pour toute coqueluche non compliquée), peut être considéré comme atteint d'un rhume vulgaire, d'une simple bronchite.

Il n'est cependant pas nécessaire, à une oreille un peu exercée et à un pédiâtre tant soit peu expérimenté, d'attendre un temps aussi long pour porter le diagnostic. Vers la fin, sinon au début de cette première période, la *toux* revêt un *caractère spasmodique particulier*, *qui*, *sans aller cependant jusqu'à la quinte proprement dite*, *la rappelle de près ou de loin.*

Vient ensuite la *période des quintes*, dont nous avons exposé plus haut les caractères. Elle dure plusieurs semaines (3 à 4 en moyenne), sinon des mois, pour peu que la maladie soit compliquée, que l'hiver soit rigoureux ou que des refroi-

dissements successifs soient subis par le petit malade. En général *les quintes, quand l'amélioration survient, diminuent de nombre ou d'intensité, souvent des deux à la fois.*

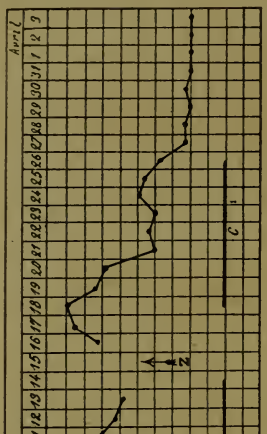


Fig. 36,

Courbe des quintes de coqueluche, chez une enfant d'un an en évolution dentaire. Sevrage spontané par ulcération du filet lingual. Constipation opiniâtre. Convulsions. Syncopes. Guérison.

Les signes A,B,C indiquent le temps pendant lequel a été pris le sirop belladoné ; les points X et Y le moment des deux *syncopes* entre lesquelles existèrent les convulsions les plus intenses ; Z indique le jour du changement de climat.

Il est facile de dresser la *courbe des quintes.* Il n'y a, comme le conseillait Trousseau, qu'à *piquer une carte avec une épingle*, à chaque quinte nouvelle et *sur une même ligne horizontale, pendant les 24 heures*

La comparaison du nombre de piqûres, ainsi obtenu pour les jours consécutifs, fournit déjà une appréciation suffisante, que peut rendre plus évidente encore l'inscription de ce chiffre sur une courbe telle que l'on en dresse pour le tracé thermique. En voici un exemple.

Il ne faut point oublier que, la *coqueluche une fois guérie* ou à peu près, *si le malade vient à*

se refroidir et à s'enrhumer, *il se met à tousser comme s'il rechutait* et cela peut durer ainsi un certain temps c'est-à-dire *plusieurs semaines ou plusieurs mois, pendant lesquels le petit malade conserve encore cette sensibilité et cette réaction particulières.*

A ce moment toutefois la contagion, à notre avis, n'est plus à redouter.

L'*explication* de ce phénomène nous paraît tout naturellement *découler* de l'idée que nous nous faisons de la *pathogénie de la toux spéciale à la coqueluche.*

De tout temps on a essayé (Guéneau de Mussy, Roger) d'interpréter, d'éclairer ou d'expliquer cette pathogénie. Tandis que, pour l'un de ces auteurs, la raison en serait l'*adénopathie* trachéo-bronchique, l'autre déclare que cette *adénopathie parfois n'existe pas*, qu'il ne l'a point rencontrée dans diverses autopsies de coquelucheux, qu'enfin, lorsqu'elle existe, son degré n'est point en rapport avec l'intensité des quintes.

C'est *la clinique, seule*, qui *nous a paru* depuis longtemps devoir *trancher ce différend.* Puisque l'*adénopathie trachéo-bronchique, en dehors de la coqueluche, donne lieu à une toux coqueluchoïde ; puisque c'est* en grande partie *par cette lésion que l'on s'explique la toux quinteuse et particulièrement pénible, suivie parfois de vomissements mécaniques* (comme dans la coqueluche d'ailleurs), que l'on observe à la *dernière période de la tuberculose pulmonaire ;* il ne semble pas que l'on ait à hésiter longuement sur le rôle dévolu, en pareille matière, à l'adénopathie.

Si celle-ci a paru à certains auteurs ne pas exister, dans la coqueluche, c'est que *le volume des ganglions est beaucoup moindre.* Toutefois, étant donnée la *généralisation du catarrhe bronchique coquelucheux et de l'affection lymphatique et ganglionnaire (trachéo-bronchique)* qui en résulte, le *nombre de ganglions atteints est énorme et cette généralisation même supplée au défaut de leur volume pour produire l'excitation forte du pneumogastrique et la toux coquelucheuse, ainsi que le spasme glottique qui l'accompagne d'ordinaire.*

Quant au spasme lui-même et à la toux, ils cessent aussitôt après l'expulsion des mucosités qui encombraient l'appareil respiratoire, jusqu'à ce que la nouvelle accumulation de celles-ci, dans l'arbre aérien, provoque encore la toux et les phénomènes spasmodiques qui s'y ajoutent ou la caractérisent.

Complications. — Les enfants, atteints de coqueluche, présentent parfois des *hémorrhagies*, par les diverses voies, et en particulier des *épistaxis*, principalement provoquées par les efforts de toux.

Des *vomissements mécaniques* ont lieu souvent, *pendant la quinte ou à la fin* de celle ci. Parfois encore, se produisent, dans ces mêmes conditions, des *évacuations alvines ou urinaires*, elles aussi purement mécaniques. On voit également survenir quelquefois, toujours par suite des efforts de toux, des *hernies* (ombilicale, inguinale ou crurale); dans certains cas, même, une *chute du rectum*, véritable hernie de la partie terminale du gros intestin ou du côlon à travers l'orifice anal.

La *pneumonie*, mais surtout la *broncho-pneumonie*, est la *complication* à la fois *la plus redoutable* et *la plus commune* de la coqueluche.

Nous l'avons vue guérir cependant, mais nous l'avons vue aussi résister, dans bien des cas, au traitement le plus rationnel et emporter finalement le malade. Aussi doit-on, *chez un coqueluchcux, éviter toute cause de refroidissement capable de la produire*, étant donnée la gravité exceptionnelle qu'elle revêt habituellement dans ces circonstances.

La coqueluche non compliquée est ordinairement apyrétique ; or, *quand la fièvre s'allume*, on doit songer immédiatement à l'existence d'une *complication*, broncho-pneumonique sans doute, mais aussi, *à toutes les autres causes possibles de fièvre, chez l'enfant* (évolution dentaire, fièvres éruptives, etc., etc.).

C'est surtout dans le *tout jeune âge* et pendant que s'effectue l'*évolution de la première dentition* (c'est-à-dire de 6 mois à 2 ans en moyenne) que l'on voit survenir, au cours de la coqueluche, *non seulement les convulsions*, mais encore de véritables

syncopes (respiratoire et *cardiaque)*. Nous en avons publié *un cas* remarquable, *au cours duquel ces redoutables accidents se produisirent deux fois* (V. fig. 36); les convulsions elles-mêmes durèrent environ 15 jours. La guérison fut cependant obtenue (1). Ce qu'il y a d'*exceptionnel*, dans ce cas particulier, c'est la *longue durée des accidents graves*.

M. le Dr Chaumier (2) (de Tours) rapporte des faits de ce genre moins heureux et reconnaît que le nôtre est, de tous ceux qui ont été cités jusqu'à ce jour, celui dans lequel la syncope a duré le plus longtemps, avec survie de l'enfant.

Une *constipation* opiniâtre s'ajoutait, dans ce cas, aux causes de convulsion sus-indiquées *(coqueluche* et *évolution dentaire). Chaque quinte s'accompagnait d'une cyanose très prononcée de la langue et des lèvres.* Quant aux deux syncopes *(à la fois respiratoires et circulatoires)*, qui eurent lieu à plusieurs jours de distance (quatre), elles se produisirent, l'une et l'autre, *tout à fait au début d'une quinte et avant même que celle-ci ait pu s'effectuer*, disons mieux, *commencer*. La petite malade, âgée d'*un an*, l'effectuait ensuite *en plusieurs fois, après la disparition de la syncope.*

Nous avons vu, après des convulsions survenues au cours de la coqueluche, des enfants conserver, ensuite, définitivement des paralysies des membres ou des arrêts de développement du cerveau.

Enfin nous avons décrit une *coqueluche anormale du nourrisson* (3), dans laquelle *les quintes font défaut et sont remplacées par de véritables* attaques de *spasme de la glotte, silencieuses*

(1) L. Baumel. Un cas de coqueluche grave, observée chez une *enfant d'un an. Convulsions. Syncopes. Guérison*, avec courbe des quintes. Gaz. Hebdomadaire des sciences médicales. Montpellier, 1891.

(2) Chaumier. Spasme de la glotte et mort subite pendant la coqueluche. Traitement par les tractions de la langue. Tours, 1898. Voir aussi la thèse de M. Paravicini, intitulée : La mort subite chez l'enfant. Montpellier, 1900.

(3) L. Baumel. La coqueluche anormale du nourrisson. *Montpellier médical*, 1895.

dans quelques cas, *s'accompagnant*, dans d'autres, *de certains bruits particuliers*, analogues à l'*aboiement d'un petit chien, par exemple.*

Dans ces divers cas, il se produit, *tout à coup, une congestion de la face avec cyanose très prononcée des lèvres et de la langue* souvent *projetée au dehors de la cavité buccale.* Ces attaques de spasme glottique se reproduisent, dans les 24 heures, *aussi fréquemment que les quintes de coqueluche, sans rappeler en rien ces quintes elles-mêmes.* Elles *surviennent pendant les épidémies de coqueluche* et seulement *chez des enfants tout jeunes* (moins de deux ans). Nous avons cru pouvoir nous expliquer ces faits par la *persistance du trou de Botal.*

Au moment de la quinte ou plutôt du spasme glottique, la *pression sanguine, accrue dans le cœur droit*, permet, par le trou de Botal persistant, le *passage du sang veineux dans le cœur gauche, puis dans la circulation artérielle générale*, par suite *dans le cerveau, d'où l'état de cyanose et de convulsions*, pouvant aller jusqu'à la *syncope* observée dans quelques cas. *La cessation du spasme glottique est le prélude de la disparition de ces phénomènes*, si alarmants pour les familles, si redoutables pour le médecin, quoique peu graves en ce sens qu'ils *peuvent être assez souvent conjurés.*

Nous devons mentionner, parmi les complications de la coqueluche, l'*ulcération du frein de la langue*, rencontrée dans bien des cas. Cette ulcération avait été mise, par quelques auteurs, sur le compte des dents incisives inférieures, le frein étant projeté sur elles et la langue hors de la bouche pendant les quintes de coqueluche.

M. le Dr Bouffier (de Cette) a démontré depuis longtemps, dans une communication faite à l'Académie de médecine, l'*inanité de cette théorie, en montrant que des enfants coquelucheux, dépourvus de ces dents, présentent cette ulcération.*

Nous avons cru pouvoir l'expliquer par l'*introduction des doigts de la mère ou de la nourrice dans la bouche du nourrisson, en vue de le débarrasser des mucosités* qui encombrent, à un moment donné, la cavité buccale et qu'elles considèrent comme capables de l'*étouffer.*

Ce sont les enfants grandets qui, à l'école, dans la rue ou à la promenade, par la fréquentation de petits malades atteints de coqueluche, vont pour ainsi dire chercher celle-ci et l'apporter, chez eux, à leurs petits frères ou sœurs. Sans cela, la plupart des nourrissons échapperaient à la contagion de cette maladie.

Diagnostic. — La coqueluche, dans sa *première période* purement catarrhale, peut être confondue avec une *bronchite simple.* Mais la connaissance d'une *épidémie* existant dans la localité, dans la maison ou même dans la famille du petit malade, mettra bien vite sur la voie. D'un autre côté, un peu d'habitude et d'expérience fera diagnostiquer rapidement, au pédiâtre, une coqueluche encore dépourvue de quintes. Il se basera, pour cela, sur le *caractère spasmodique revêtu par la toux* au bout de quelques jours. *Ce caractère ira, d'ailleurs, s'accentuant de plus en plus jusqu'à l'apparition des quintes, qui pourront être ainsi prévues et annoncées.*

Pendant la *période de ces dernières*, pas d'erreur possible. Rien ne peut être confondu avec elles. La *toux coqueluchoïde elle-même* sera facilement distinguée, par l'*absence de quintes proprement dites, longues et complètes, telles que nous les avons décrites précédemment.* Au contraire, *dans la période de décroissance*, lorsque la coqueluche dure déjà depuis quelques semaines ou quelques mois, on pourra prendre celle-ci, si les quintes ne sont pas très nettes et sont comme avortées, pour de l'*adénopathie pure et simple, avec toux coqueluchoïde.* Les *antécédents*, d'ailleurs, et les *commémoratifs* permettront vite d'attribuer à sa *véritable cause* la toux en présence de laquelle on se trouve, *plutôt alors coqueluchoïde*, il faut le reconnaître, *que véritablement coquelucheuse.*

Les *complications elles-mêmes*, la *broncho-pneumonie* par exemple, la *fièvre* en général, *pourront obscurcir momentanément le diagnostic.* La coqueluche, en effet, peut être légèrement *amendée*, dans ces conditions, en vertu de l'axiome médical : *febris spasmos solvit.*

Lorsque les *quintes* seront *supprimées et remplacées par du spasme glottique*, le *diagnostic* sera *plus difficile encore, si*

c'est possible. Toutefois, la coexistence de ces cas et d'une *épidémie de coqueluche*, la *répétition fréquente des accidents* dans les 24 heures, la *durée* assez longue *de la maladie*, le *jeune âge des enfants atteints* seront autant d'éléments on ne peut plus utiles pour l'établissement du diagnostic exact.

Les cas les plus difficiles à *interpréter* sont ceux où le *spasme de la glotte ne survient qu'accidentellement, au cours de la coqueluche*, comme dans celui qui nous est personnel et dont nous avons déjà parlé. L'interprétation nous en paraît toutefois encore relativement aisée. Cela tient à ce que des *circonstances particulières* (spasme coquelucheux et d'évolution dentaire, constipation, réplétion gastrique) *réunies*, ont rendu *l'hypertension intra-cardiaque droite transitoirement plus intense et, à un moment donné, susceptible de forcer accidentellement la valvule du trou de Botal incomplètement* ou, du moins, *non hermétiquement fermé*.

Pronostic. — La coqueluche est une maladie, que la plupart des enfants traînent et dont ils guérissent dans la rue, pour ainsi dire. Elle est en général bénigne, par conséquent. Elle est *souvent grave, toujours ennuyeuse*, en dehors même des complications qui peuvent survenir, ne serait-ce qu'en raison des *vomissements habituels*, qu'elle détermine par les secousses de toux, et des *difficultés d'alimentation et de nutrition*, qui en résultent.

C'est le plus souvent, en effet, *au moment de l'ingestion alimentaire que surviennent les quintes*, certainement *par excitation des filets du pneumogastrique, qui se distribuent à l'estomac*. De là, *l'indication* et l'utilité d'*alimenter les enfants immédiatement après la quinte*, étant donné qu'on est à peu près sûr, à ce moment-là, de ne pas en voir se produire une nouvelle.

De toutes les *complications* de la coqueluche, *les plus redoutables* sont, sans contredit : la *broncho-pneumonie*, une des plus fréquentes; les *convulsions, parfois mortelles* au cours d'une quinte et qui sont *capables de laisser à leur suite des paralysies partielles*, des *chorées chroniques*, des *arrêts de développement cérébral* et intellectuel ; enfin, les *syncopes, res-*

piratoire ou cardiaque, souvent réunies et qui peuvent tuer l'enfant en quelques instants, si le nécessaire n'est pas fait aussitôt et même, parfois, bien qu'on le fasse sans retard.

Il n'est pas jusqu'à l'*ulcération du frein* qui ne comporte, chez le nourrisson en particulier, sa part de *gravité pronostique*.

Nous avons signalé depuis longtemps (1891) l'entrave qu'elle apporte à l'allaitement naturel, lequel a été rendu par elle impossible dans le cas que nous avons relaté et où le sevrage spontané s'est produit par suite de l'impossibilité où se trouvait l'enfant, âgée d'un an, de pratiquer sans douleur le moindre effort de succion, tandis qu'elle avalait fort bien le lait qu'on lui donnait à la cuillère.

Traitement.— Le traitement de la coqueluche, qui nous rend journellement les plus grands services, est des plus simples.

Malgré la quantité prodigieuse de moyens conseillés, depuis l'*inhalation des résidus des usines à gaz* jusqu'à la *quinoléine* et la *soderseïne*, en passant par le *drosera* qui a été tant vanté à un moment donné, nous nous bornons à prescrire : 1° le *sirop de Tolu belladoné*, à 5 centigrammes d'extrait de belladone pour 100 grammes de sirop, dont on administre à l'enfant, dans les 24 heures, deux fois plus de cuillerées à café qu'il n'a d'années d'existence (2 à 1 an, 4 à 2, 6 à 3, 8 à 4, sans jamais dépasser cette dose).

Ces cuillerées, suivant leur nombre, sont prises en deux, trois ou quatre fois, dans la journée, à intervalles aussi égaux que possible (de 12, 8 ou 6 heures, suivant le cas).

En outre nous employons, avec le plus grand succès, les *pulvérisations phéniquées à 25 pour 1000*, dont le hasard est venu démontrer l'efficacité, dans le service chirurgical de M. le Dr J. Guglielmi (d'Oran).

M. N. Guglielmi, frère du précédent, a expérimenté ce moyen, dans mon service, sur des enfants de tout âge et consigné les résultats de nos observations dans sa thèse inaugurale (1). Dans une communication au Congrès de pédiâtrie

(1) N. Guglielmi. Traitement de la coqueluche par les pulvérisations d'acide phénique au 25 0/00. Montpellier, 1897.

de Nantes (1901), j'ai corroboré (1), à l'aide de nouveaux cas, les faits antérieurement observés. C'est à l'aide d'un *pulvérisateur à vapeur* que nous avons toujours opéré. La dose de solution employée varie, suivant l'âge de l'enfant, de 40 à 250 grammes dans les 24 heures (en plusieurs fois, deux au moins et jusqu'à quatre, suivant les cas).

Ces pulvérisations doivent être pratiquées, le malade ayant un *bandeau sur les yeux*, en raison de la conjonctivite qui peut en résulter et que l'on prévient sûrement de la sorte.

MM. le professeur Monti (de Vienne) et R. St-Philippe (de Bordeaux) ont, récemment et après nous, préconisé ces pulvérisations. Leur dose (50 p. 0/00) nous paraît un peu forte.

Les diverses complications (broncho-pneumonie, convulsions) nécessitent le traitement qui est propre à chacune (voir ces divers chapitres).

La syncope cardio-pulmonaire a cédé, dans le cas qui nous est personnel, à la *respiration artificielle*, continuée pendant trois quarts d'heure, à une époque où les *tractions rythmées de la langue* étaient encore inconnues (2).

La *broncho-pneumonie ne contre-indique nullement l'usage des pulvérisations phéniquées.* Nous les avons employées, avec succès, dans bien des cas.

Une grosse question se pose, en matière de coqueluche, c'est celle de *déplacement*, de *grand air*, de *changement de climat.*

M. Weill, dans un article récent, distingue les coqueluches en *graves, moyennes, faibles* et ne conseille le déplacement que pour les *premières.* Nous formulerions assez facilement une opinion contraire. La chose est complexe et vaut la peine de nous arrêter un instant. Nous avons vu des *malades promenés l'hiver, sur le conseil du médecin, en voiture décou-*

(1) L. Baumel. Guérison de la coqueluche par les pulvérisations phéniquées à 25 0/00. Congrès de pédiâtrie de Nantes, 1901.

(2) Voir, pour plus de détails à ce sujet, notre observation (1891), déjà citée, et le chapitre : Coqueluche, dans nos leçons cliniques sur les maladies des enfants. Paris, Masson, 1893.

verte. Nous ne le conseillerons point. Nous avons vu mourir de broncho-pneumonie, dans ces conditions, une enfant de 10 ans ainsi traitée.

Nous avons vu également un nourrisson, atteint de broncho-pneumonie au cours de la coqueluche et déplacé de l'Aveyron à Montpellier, mourir, dans cette ville, 24 heures après son arrivée.

Il faut avouer que ces tentatives malheureuses sont au moins imprudentes, sinon coupables.

Avec la fièvre ou la broncho-pneumonie, nous ne conseillons *jamais* le changement d'air ou de climat et nous nous en trouvons fort bien.

Nous ne le conseillons *pas même dans la première partie* de la période des quintes, que nous appellerons volontiers *d'augment*, en opposition avec les suivantes (périodes d'*état*, de *déclin*).

C'est plutôt dans celles-ci et *plus particulièrement encore dans la dernière, que le changement de climat nous paraît devoir être utile, à condition toutefois que bien des précautions soient prises pour l'effectuer* (voitures fermées, etc.) *et surtout*, nous l'avons dit depuis longtemps (1), *que le climat dans lequel on va soit meilleur* (plus doux, plus tempéré, plus égal) *que celui que l'on quitte*. Nous enverrions plus facilement nos coquelucheux de *Montpellier* vers le littoral algérien, par exemple, que sur les Pyrénées ou sur les Alpes.

Quand la fièvre n'existe pas, *l'alimentation peut être normale* et même commune. On se rappellera que le moment, où une quinte vient d'avoir lieu, est le plus favorable pour alimenter le malade atteint de coqueluche.

(1) L. Baumel. — Voir mon observation personnelle de 1891 et l'article Coqueluche, dans mes Leçons cliniques, déjà cités.

5me Section. — MALADIES DU CŒUR

I. — Maladie bleue.

Définition. — On désigne, sous le nom de maladie bleue, une *affection congénitale*, due à une *lésion du cœur ou des vaisseaux* permettant, *après la naissance*, le *libre passage du sang veineux dans le sang artériel.*

Etiologie.— Ce passage résulte, d'ordinaire, de *l'inocclusion des voies par lesquelles, pendant la vie fœtale, le cœur gauche et le cœur droit, l'aorte et l'artère pulmonaire, communiquent entr'eux.*

Il s'agit, *le plus souvent*, de la *persistance du trou de Botal ou de celle du canal artériel.*

On voit aussi, *parfois, sur la cloison de séparation des deux cœurs, une ouverture faisant communiquer, ici les deux oreillettes, là les deux ventricules* (1).

Symptomatologie. — Si, pour la précision du diagnostic, il est bon de chercher à connaître le genre de communication propre à chaque cas particulier, la chose est toutefois moins importante au point de vue purement *symptomatique*, nous pouvons ajouter : *clinique* et *thérapeutique.*

On sera fort surpris, sans doute, de nous entendre dire qu'il y a une maladie bleue que l'on pourrait qualifier de *physiologique.* Elle existe pourtant et, si elle n'est pas aussi fréquente que l'ictère des nouveau-nés (que l'on rencontre dans l'immense majorité des cas, sinon dans tous, à un degré plus ou moins intense), elle est toutefois plus commune

(1) Voir, pour plus de détails : Moussous. Maladies congénitales du cœur. Encyclopédie scientifique Léauté. Voir aussi la thèse de M. G. d'Abbadie de Barrau, sur les *Malformations congénitales du cœur*, à propos d'un cas de cyanose périphérique (Maladie bleue), tardivement reconnue (9 ans), Montpellier, 1903.

qu'on ne serait tout d'abord porté à le croire. Il suffit d'avoir vu, en effet, un certain nombre de nouveau-nés pour se rendre rapidement compte de la vérité de ce fait. Les observations que Variot vient de publier récemment entrent, pour nous, dans cette catégorie.

Mais, voyons d'abord quels sont les *symptômes* à l'aide desquels la maladie bleue se révèle au pédiâtre. Lorsqu'elle est bien constituée, c'est-à-dire à son degré le plus intense, elle est caractérisée par un *teint cyanotique* particulier, *plus ou moins marqué* suivant les sujets, pouvant se révéler sur les *téguments externe ou interne* dans leur ensemble, mais surtout aux extrémités : *face, pieds, mains.*

Ce sont en général les *muqueuses*, qui, plus encore que la peau, revêtent cette coloration d'un bleu foncé, laquelle devient très évidente aux *lèvres*, aux *gencives*, à la *langue*, dans *la cavité buccale tout entière*, aux *conjonctives* enfin, principalement à la partie qui tapisse la face postérieure des paupières, bien que la conjonctive oculaire la présente, à son tour, d'une façon assez notable.

Les *pieds* et les *mains*, surtout, sont d'une couleur bleuâtre des plus manifestes.

A cette coloration s'ajoute, d'ordinaire, une certaine *dyspnée* ou plutôt de l'*essoufflement facile*, aussitôt que l'enfant exécute le moindre *effort*, qu'il effectue un *mouvement* un peu violent, qu'il veut par exemple, à un âge un peu plus avancé, prendre part aux *jeux* de ses petits camarades. A plus forte raison en est-il ainsi s'il veut *courir*, ce qui lui est généralement impossible, ou *monter rapidement un escalier*, ce qui est habituellement au-dessus de ses moyens.

La simple ascension lente le suffoque considérablement et l'enfant arrive *exténué* au but qu'il se proposait d'atteindre. Il doit *aussitôt s'asseoir, se reposer* quelques instants, avant de pouvoir marcher à nouveau, avant que *le calme* relatif *se rétablisse dans sa respiration* considérablement augmentée de nombre et de vitesse (les inspirations plus nombreuses et plus rapides sont aussi beaucoup plus courtes) *ou dans son cœur* pris, à tout moment et à la

moindre occasion, de *palpitations* plus ou moins fortes, plus ou moins fréquentes.

L'auscultation de cet organe ne révèle, d'ordinaire, pas grand' chose de spécial. Si Roger a pu entendre et signaler un *souffle particulier*, indiquant le siège de la communication anormale après la naissance, il s'en faut de beaucoup que l'on soit aussi heureux dans chaque cas, disons mieux, dans la plupart des cas.

Et cela se conçoit sans peine. En effet, étant donné le jeune âge de l'enfant et la difficulté que l'on éprouve à bien ausculter le cœur dans cette période de la vie (soit en raison de la *petite surface de la région précordiale* que couvre presque entière le stéthoscope le plus étroit dont nous disposions, soit à cause des *cris* poussés par l'enfant ou des mouvements violents qu'il exécute à ce moment-là, soit enfin par suite du bruit respiratoire qu'on ne peut lui faire suspendre volontairement comme chez l'adulte), on s'expliquera facilement l'impossibilité où l'on est bien souvent (nous pouvons dire dans l'immense majorité des cas) de percevoir le souffle, indice de la communication anormale. Il est nécessaire d'ajouter que, *cette communication étant relativement large le plus souvent, le souffle n'en est que plus faible ou plus doux* (pour employer le langage consacré), *plus difficile à percevoir par conséquent.*

Si, à ces premières difficultés on ajoute que *les bruits du cœur sont,* dans la plupart des cas, *bien claqués à tous les orifices* en raison de l'intégrité valvulaire, on s'expliquera combien aisément ce prétendu souffle, *qui* à la rigueur peut *devenir perceptible et très fort dans des conditions particulières* (*étroitesse de l'orifice,* âge avancé de l'enfant lui permettant de *suspendre* volontairement et par moments *sa respiration*), puisse facilement passer inaperçu et échapper, dans le plus grand nombre des cas, à l'oreille la plus attentive, la plus délicate et la mieux exercée.

Nous avons dit plus haut et nous maintenons ici qu'il existe une *maladie bleue* ou, pour mieux dire, un *état cyanotique physiologique.*

N'observe-t-on pas, en effet, maintes fois des nouveau-nés que l'on qualifie de *débiles*, de *faibles congénitaux*, de *nés avant terme (prématurés)* ou même d'*athrepsiques* et *qui conservent longtemps, en hiver de préférence, une coloration violacée, particulièrement marquée aux pieds* (plante surtout), *aux mains* (face palmaire principalement), *aux orteils* et *aux doigts*, mais aussi *sur les muqueuses labiale et buccale?* Cette coloration, d'un *bleu violacé, contraste* singulièrement *avec la couleur rouge vif* que présentent, dans les mêmes points, *les nouveau-nés* dits *normaux*.

Les premiers, à notre avis, sont atteints de cette maladie bleue ou de *cet état cyanotique*, que nous appelons *physiologique* et qui résulte de la *persistance, momentanée et curable par conséquent*, de la *perméabilité des voies fœtales de communication entre les deux sangs (rouge et noir)*, soit *dans le cœur lui-même*, soit, *en dehors de lui*, entre les artères aorte et pulmonaire.

Parrot ne nous a-t-il pas signalé, *dans certains cas*, la *persistance du trou de Botal pendant les deux premières années de l'existence ?*

C'est même ainsi, d'après nous, que l'on peut s'expliquer la production de *convulsions*, de *syncopes*, d'*états cyanotiques passagers*, se produisant, *pendant les deux premières années de la vie* (*la première surtout*), au cours des divers états pathologiques qui *augmentent momentanément la pression sanguine intra-cardiaque droite.*

Toutes les maladies de l'*appareil respiratoire*, des *bronches*, des *poumons*, des *plèvres*, peuvent la produire; mais, au premier rang, figure incontestablement la *coqueluche*, avec ses quintes et son spasme glottique, ainsi que nous l'avons signalé précédemment. (Voir *coqueluche* et *coqueluche anormale des nourrissons* ou du moins *de certains nourrissons*, c'est-à-dire de ceux chez lesquels la perméabilité du trou de Botal persiste, malgré l'existence de la valvule, non soudée, dont triomphe facilement la pression intracardiaque droite, accidentellement accrue).

C'est là ce qui explique aussi les erreurs commises dans

certains cas, où le praticien, peu familiarisé avec ces faits, a pu prendre l'état cyanotique, physiologique et momentané, pour la maladie bleue proprement dite, durable et définitive.

Nous observons en ce moment, dans notre service à l'hôpital, une enfant de *deux mois*, qui présente encore cette coloration bleuâtre des extrémités. *Nourrie artificiellement jusqu'à présent*, elle a une *nourrice que nous lui avons attribuée* et nous sommes certain que, dans ce cas particulier, cet état ne tardera point à disparaître. Il *augmente*, en effet, *sous l'impression du froid et devient, par moments, à peine appréciable.*

Diagnostic. — Le diagnostic devra être surtout porté entre ces deux états, l'un physiologique et momentané, l'autre pathologique et incurable.

Si le praticien peut conserver des doutes pendant quelque temps à cet égard, il arrive un moment où l'hésitation et l'incertitude ne sont plus permises, c'est lorsque la cyanose ou, pour mieux dire, la maladie bleue persiste *à 6 mois*, par exemple, un an, deux ans et surtout au-delà, *ou que d'emblée elle revêt un caractère de généralisation*, d'*intensité* et de *fixité*, non soumis aux variations dont nous avons parlé.

Pronostic. — Comme on le voit, par ce que nous venons de dire, il ne faut pas se hâter de conclure. A défaut d'une grande habitude, une sage réserve est de rigueur. On évitera ainsi, de voir des familles jetées dans la désolation par un pronostic fatal et à courte échéance, porté à l'instar de certains praticiens, d'ailleurs fort recommandables, qui prennent pour la maladie bleue, dès la naissance, cet état cyanotique passager, que nous avons décrit et que nous avons maintes fois observé.

Si la maladie bleue n'est pas compatible avec une longue existence, nous l'avons vue toutefois permettre, aux enfants qui en étaient porteurs, de vivre plusieurs années, quelquefois même jusqu'à l'âge de 8, 10 ans et plus.

Traitement. — Comme dans la plupart des maladies du cœur, c'est surtout le *myocarde* dont l'*état* doit être surveillé attentivement. C'est lui qui fournit les principales

indications à remplir, surtout lorsque l'organe faiblit dans son action (toniques du cœur, digitale, strophantus, à prescrire seulement à partir de deux ans), que ce fléchissement résulte d'un vice de la nutrition générale ou de la sienne propre, qu'il soit la conséquence de maladies respiratoires ou infectieuses, surajoutées, venant contrarier ses fonctions ou altérer son parenchyme.

Le lait est le meilleur aliment, dans ces cas.

II. — Endocardite.

Définition. — L'endocardite est l'*inflammation de la séreuse intracardiaque.*

Etiologie. — La *plupart des maladies infectieuses* peuvent être cause d'endocardite. Parmi les principales ou les plus connues, dans l'enfance, nous citerons les *fièvres éruptives* (variole, scarlatine, rougeole), le *rhumatisme*, *la fièvre typhoïde*, etc., etc.

Symptomatologie. — L'endocardite, chez l'enfant comme chez l'adulte, *ne révèle nettement son existence que lorsque les orifices ou les valvules ont été atteints* et encore faut-il que le *degré de cette atteinte elle-même soit suffisant* c'est-à-dire qu'il en résulte, pour les *orifices*, un certain *rétrécissement ;* pour les *valvules*, une *insuffisance* quelconque.

L'*auscultation*, en effet, ne dénote l'existence de l'endocardite qu'à ce degré. On perçoit des *souffles* plus ou moins *doux* ou *rudes*, *au premier ou au second temps*, *à la pointe ou à la base*, et à *maximum* dans l'un des quatre *points cardinaux de l'auscultation cardiaque : appendice xyphoïde* (tricuspide); *région sous-mamelonnaire gauche et externe* (mitrale); *deuxième espace intercostal, à droite du sternum* (aorte); *deuxième espace intercostal, à gauche du même os* (artère pulmonaire).

Le bruit de souffle au *premier temps, maximum à la pointe*, indique une *insuffisance auriculo-ventriculaire, droite ou gauche*, suivant le *foyer* inférieur où il est le plus intense. Au deuxième *temps*, ce même bruit de souffle, *maximum à*

la pointe, indique, *à droite* ou *à gauche*, un *rétrécissement orificiel correspondant*.

C'est l'*inverse à la base* où le souffle *maximum*, *au premier bruit et à droite*, indique un *rétrécissement aortique ;* au *premier bruit* et *à gauche*, un *rétrécissement de l'artère pulmonaire*. Le bruit de souffle, aux *mêmes endroits* et *au deuxième bruit*, indique une *insuffisance des valvules artérielles* correspondantes.

Bien que l'auscultation ne puisse pas révéler le *degré de l'endocardite*, même accusée par les bruits précédents, on est bien plus incertain lorsque, par exemple, l'inflammation siège sur les *parties de l'endocarde situées en dehors des orifices et des valvules*. On peut cependant *soupçonner son existence*, dans l'état aigu en particulier, par la *persistance* ou le *degré de la fièvre*, comme aussi par la *fréquence extrême du pouls*, *souvent en désaccord avec la température observée*. L'état du pouls seul (petitesse, fréquence ou rareté) peut être un indice dans l'état chronique.

Dans les maladies générales aiguës que nous avons énumérées tout à l'heure, le pédiâtre ne doit jamais perdre de vue le cœur lui-même. C'est là un *principe dont il ne doit point se départir et auquel il doit être infailliblement ramené toutes les fois qu'un peu de dyspnée ou des palpitations (ce qui est rare), mais surtout de la fièvre persistante ou une grande fréquence des pulsations viendront à se produire*.

L'endocardite est *aiguë* ou *chronique*, suivant que l'on considère l'inflammation de l'endocarde *au moment de sa production*, de *son évolution* même, ou, qu'on ne voit, *au contraire*, que *les résultats*.

Il est *rare que l'endocardite soit chronique d'emblée*, chez l'enfant. Le fait est exceptionnel, même chez l'adulte ; car, à ne considérer, chez celui-ci, que l'endocardite alcoolique par exemple, cette dernière résulte le plus souvent, de la *répétition légère sans doute et éphémère de l'endocardite subaiguë, qui passe le plus souvent inaperçue, mais qu'un œil exercé dépistera facilement, immédiatement après des libations alcooliques un peu plus fortes qu'à l'ordinaire, fussent-elles purement momentanées*.

L'anatomie pathologique nous apprend que l'inflammation de l'endocarde amène le plus souvent, avec le *dépoli de la séreuse:* ici, *des proliférations conjonctives sous-séreuses*, qui produisent les *rétrécissements orificiels*, et la formation de saillies intracardiaques plus ou moins volumineuses, constituant dans certains cas de véritables *végétations polypiformes;* là, des *érosions de l'endocarde* qui donnent lieu : sur les *valvules*, à leur *insuffisance;* sur les *tendons des muscles papillaires*, *à leur rupture; sur les parois cardiaques, à des ulcérations.*

La prédominance de ces dernières a fait admettre l'existence d'une *endocardite* dite *ulcéreuse*, rare dans l'enfance.

Sur toutes ces *inégalités saillantes ou creuses*, développées ainsi à la surface interne du cœur, *vient assez souvent se fixer de la fibrine qui se coagule d'abord, puis s'organise et augmente la saillie première ou se détache et constitue une embolie.*

A tout moment d'ailleurs peut survenir celle-ci (qui est une des complications les plus redoutables de l'endocardite), entraînant à sa suite et suivant son siège : ici, *la paralysie* (*hémiplégie* le plus souvent, par lésion cérébrale); là, l'*apoplexie pulmonaire*, avec toutes ses sérieuses et rapides conséquences.

Si les formes graves de l'endocardite se rencontrent rarement chez l'enfant (on les y observe toutefois de temps à autre et il est bon que le pédiâtre en soit prévenu), les *formes légères s'y produisent beaucoup plus communément qu'on ne pense.*

Elles sont *d'autant plus difficiles à dépister que leur marche est d'ordinaire insidieuse*, qu'elles se développent habituellement *au cours d'une maladie infectieuse et fébrile*, sur le compte de laquelle on met trop souvent les symptômes que l'on observe du côté du cœur, en dehors toutefois de l'idée d'une *complication cardiaque.* C'est pour réagir contre cette tendance que nous insistons, comme nous le faisons, sur les faits que nous venons d'étudier.

Combien de maladies de cœur, observées plus tard chez des

enfants plus âgés ou chez des adolescents, *ne reconnaissent souvent pour cause qu'une endocardite insoupçonnée,* au cours d'une maladie infectieuse ou à sa suite, ainsi que le démontrent surabondamment les phénomènes observés depuis, par la famille ou l'entourage du petit malade, et qu'on signale seulement au médecin quand il sait remonter lui-même à l'origine première du mal et diriger dans ce sens son interrogatoire.

En somme *au début,* quelques *palpitations de cœur,* un peu de *dyspnée,* une *fréquence plus ou moins grande du pouls,* la *persistance de la fièvre,* son *aggravation* ou son *retour : tels sont les signes qui,* à défaut de recherche systématique de l'endocardite dans les cas sus énoncés et en l'absence des souffles cardiaques révélés par l'auscultation, *mettront le pédiâtre sur la voie du diagnostic de la complication cardiaque qui s'établit.*

Plus tard, quand on se trouvera en présence du fait accompli, c'est-à-dire de lésions déjà anciennes et persistantes de l'endocarde, le médecin ne sera point surpris de cet état du cœur et le rapportera à sa véritable origine. Alors la *fièvre manque* et les symptômes sont ceux des maladies cardiaques chroniques de l'adulte, que nous n'avons pas à décrire.

Ce seront des *palpitations de cœur,* de *l'essoufflement facile,* qui mettront d'ordinaire sur la voie, si ce n'est point une *embolie, cérébrale ou pulmonaire,* entraînant l'*hémiplégie,* sinon la mort, dans le premier cas ; l'*apoplexie pulmonaire,* l'asphyxie et la mort rapide, dans le second.

Les signes stéthoscopiques sont ceux de la forme aiguë.

Il nous a été donné d'observer un cas fort remarquable d'hémiplégie, chez un enfant qui a succombé à une maladie cardiaque dans notre service et qu'on avait à tort considéré comme atteint d'hypertrophie cardiaque de croissance, sans tenir compte d'une *variole* qu'il avait eue à un âge peu avancé.

Diagnostic. — Le diagnostic d'une endocardite découle suffisamment, nous semble-t-il, de la description que nous avons faite de ses symptômes. Nous n'y reviendrons pas.

Nous nous contenterons d'ajouter que seuls des souffles

d'anémie, au cours d'une maladie infectieuse aiguë ou en dehors de celle-ci, pourraient être pris pour ceux d'une lésion d'orifice ou de valvule. Leur caractère, habituellement doux, les fera assez facilement distinguer des précédents, sans parler de l'état anémique, actuel ou ordinaire, du sujet examiné.

Pronostic. — Si parfois l'inflammation de l'endocarde est constituée par une *légère atteinte* portée à cette séreuse et si elle est alors susceptible d'un véritable *retour à l'état normal;* si, par suite, elle ne comporte qu'un pronostic bénin dans ces cas ; dans beaucoup d'autres au contraire (*endocardites de moyenne intensité*), ce pronostic s'assombrit un peu , non seulement par les *complications emboliques* ou les diverses conséquences (*lésions d'orifices ou de valvules*) qu'elle peut entraîner ; mais encore, par l'*aggravation ultérieure de l'état cardiaque*, soit au moment de la *croissance*, soit à l'occasion de l'exercice de certaines *professions* plus ou moins pénibles, soit enfin par le fait d'une *nouvelle maladie infectieuse*, trouvant dans cet endocarde, sinon dans le cœur lui-même (myocarde, système nerveux intracardiaque), une *pars minoris resistentiæ.*

Le pronostic est surtout sombre dans le cas d'*endocardite ulcéreuse* ou infectieuse, à *formations polypiformes* ou *emboliques* de tous genres.

Traitement. — Le traitement de l'endocardite diffère peu de celui de l'*infection* qui la détermine.

Les *désinfectants généraux* (acide salicylique, mais surtout salicylates), les *toniques du cœur* (digitale, digitaline, caféine, strophantus), que leur *indication* soit *formelle* ou qu'on les administre *à titre préventif* d'une fatigue ou d'une dégénérescence du myocarde, sont parfaitement de mise dans ces cas.

Le *régime lacté exclusif* semble tout indiqué, par la *diurèse* et l'*allégement du travail du cœur* qu'il détermine, comme par l'*élimination* des *produits toxiques, normaux ou anormaux*, qu'il favorise.

III. — Hypertrophie cardiaque dite de croissance

Définition. — L'hypertrophie du cœur (*improprement dite de croissance*) est, comme son nom l'indique, l'*hypertrophie des parois cardiaques* et, mieux, *du myocarde.* Elle est plus *fréquente* et surtout plus *marquée à gauche qu'à droite.*

Étiologie. — On ne voit pas bien par quel mécanisme *la croissance* pourrait aboutir à un tel résultat, alors même que, théoriquement, on considère ces *poussées rapides et considérables, qui s'opèrent dans la taille ou dans le développement de l'organisme* Tout au plus, pourraient-elles rendre compte d'un *accroissement* ou d'un *développement cardiaque correspondant*, c'est-à-dire rapide comme elles. On ne voit pas pourquoi elles pourraient amener l'*hypertrophie proprement dite.*

Cette dernière serait plus admissible, semble-t-il, si le développement du cœur, corollaire de celui de la croissance, rencontrait une *anomalie*, une *résistance*, par exemple, ou un *arrêt de développement artériels.* C'est dans ce cas seulement que nous pourrions admettre son existence. Il y aurait là pour le cœur gauche, au moment de la croissance, quelque chose d'analogue à ce qui se passe, pour le cœur droit, dans certains rétrécissements de l'artère pulmonaire, chez la femme en particulier, rétrécissements qui ne se révèlent souvent qu'au moment d'une gestation par des troubles particuliers, sur lesquels notre attention a été depuis longtemps attirée par quelques auteurs et spécialement par le Dr Dreyfus Brisac.

En analysant minutieusement les cas d'hypertrophie du cœur qu'il nous a été donné d'observer chez l'enfant, il nous semble que la plupart d'entr'eux sont susceptibles d'une tout autre interprétation.

C'est ainsi que nous avons souvent, pour ne pas dire toujours, rencontré, dans les *antecédents personnels* du sujet, une *maladie infectieuse* quelconque (rougeole, scarlatine, variole,

rhumatisme, fièvre typhoïde, vulvite gonococcique, etc.) à laquelle nous étions obligé de faire remonter l'origine de la lésion cardiaque.

Le cœur avait été touché, comme nous l'avons dit ailleurs, *longtemps avant que se révélât* manifestement, *au moment de la croissance, le moindre trouble cardiaque accusant la lésion préexistante.* De sorte que, si la croissance et le développement du cœur jouent un rôle quelconque dans sa manifestation, il n'en est pas moins vrai qu'ils n'en ont joué aucun dans sa production. Il s'agit, dans l'espèce, bien plutôt d'un *cœur déjà lésé, qui*, par suite *se développe mal*, que d'un simple développement déterminant, à lui tout seul et de toutes pièces, la lésion cardiaque, par des déviations anormales qui resteraient inexpliquées.

L'importance d'une pareille interprétation n'échappera à personne, croyons-nous ; car, la conclusion à en tirer est la suivante : *le meilleur moyen d'empêcher la production de l'hypertrophie, dite de croissance, est d'abord de prévenir les lésions cardiaques se produisant au cours de la plupart des maladies infectieuses, chez l'enfant ; ensuite, de les traiter aussitôt établies ou diagnostiquées, pour en atténuer les effets ultérieurs et surtout l'aggravation au moment où devra s'effectuer*, rapidement ou lentement, *le développement du cœur lui-même.*

Une *autre cause* de production de l'hypertrophie du cœur (dite de croissance) et que nous n'aurions garde de négliger, réside dans tous les *efforts plus ou moins violents* (gymnastique, jeux, sports, ascensions ou marches rapides, etc.), imposés, *avec excès*, à l'organisme de l'enfant. Dans le même ordre d'idées, nous mentionnerons l'exercice de *certaines professions* (bouchers, tonneliers, mousses, etc.).

Nous avons observé de nombreux faits se rattachant à chacune de ces diverses catégories, dans lesquelles la *croissance, loin de jouer le rôle principal*, joue au contraire un rôle *bien secondaire.*

Symptomatologie. — Chez l'enfant comme chez l'adulte, l'hypertrophie du cœur se révèle par des *palpitations cardia-*

ques, des *contractions* et des *claquements valvulaires plus énergiques que de coutume.*

La *main*, appliquée sur la *région précordiale*, est *soulevée avec plus ou moins de violence* ; la *pointe du cœur*, exclusivement constituée par le ventricule gauche, est généralement *abaissée* au-dessous du 6e espace intercostal correspondant (sa place habituelle) ; la *percussion* dénote une *augmentation d'étendue de la matité précordiale dans le sens vertical, contrairement à ce qui se passe dans le cœur forcé* (droit dans l'espèce) *et globuleux*, où la *matité est augmentée* dans le *sens transversal*, à la faveur de la *dilatation, avec ou sans hypertrophie, du ventricule droit* (1).

Le *pouls* est *fort, plein, résistant*, et donne lieu, sur le tracé sphygmographique, à une ligne ascensionnelle *brusque, verticale* et *plus haute qu'à l'état normal.*

Si l'hypertrophie était *simple, indépendante* et telle d'ailleurs qu'on la conçoit quand on la met sur le compte de la croissance exclusivement, les seuls symptômes que l'on devrait observer sont ceux que nous avons énumérés plus haut. Or, il n'en est rien d'ordinaire ; car, le plus souvent, à ces symptômes s'ajoutent ceux des *lésions d'orifice ou de valvules*, aortiques ou auriculo-ventriculaires gauches, c'est-à-dire des *rétrécissements* ou des *insuffisances*, qui peuvent exister à l'un ou à l'autre de ces orifices, sinon aux deux à la fois.

Ceci indique suffisamment que la lésion, en présence de laquelle on se trouve, est de *date ancienne*, quoique de *manifestation récente.*

Le pédiâtre, une fois son attention fixée sur ce point, *découvrira*, par un *interrogatoire bien conduit* du malade lui-même ou de son entourage, l'existence de certains *symptômes antérieurs*, bien antérieurs parfois, au moment où le diagnostic est porté et qui sont absolument *confirmatifs de la lésion cardiaque préexistante, qu'est venu révéler ou aggra-*

(1) L. Baumel. Des lésions non congénitales du cœur droit et de leurs effets. Thèse d'agrégation. Paris, 1883.

cer le développement ultérieur de l'organe, plus encore que celui de l'organisme.

Ce n'est qu'avec une pareille réserve que peut être admise et *conservée*, dans la nomenclature des maladies de l'enfance, l'*hypertrophie du cœur dite de croissance.*

Diagnostic. — Le diagnostic d'hypertrophie cardiaque est relativement facile. Ce qui l'est moins, c'est le *diagnostic pathogénique* dans chaque cas particulier. Or, c'est précisément lui qui doit conduire à formuler les véritables indications, sans lesquelles toute thérapeutique est incertaine d'abord, inefficace ensuite.

Pour s'arrêter au simple diagnostic d'hypertrophie du cœur, il ne faut pas que celle-ci se complique de lésions d'orifices ou de valvules.

Dans ce dernier cas, elle paraît *secondaire*, tandis que, dans le premier, elle pourrait être considérée comme *primitive.*

Ce qui la caractérise surtout, c'est l'*allongement du cœur dans le sens vertical*, la *violence de l'impulsion thoracique et des contractions*, constatée à la*palpation* et à l'*auscultation ;* mais encore le *claquement sec et exagéré des bruits du cœur*, enfin le pouls *fort, plein et résistant*, décrit plus haut.

Toute présence de *souffle vient en masquer le tableau* et la montrer plutôt, nous l'avons dit, comme *secondaire.*

Il faudrait que le cœur fût énorme (cor bovinum) pour que l'impulsion fût diminuée ou affaiblie.

On doit s'assurer que des *exercices violents, sportiques ou professionnels, ne contribuent* pas à la *produire*, à l'*entretenir* ou à l'*augmenter.*

On doit enfin surveiller les *vêtements*, au point de vue des *constrictions* qu'ils peuvent exercer sur le *thorax* ou l'*abdomen* (corset, ceintures), comme aussi sur le *cou* (cols, cravates) et les *membres* (jarretières, etc.).

Pronostic. — Le pronostic de l'hypertrophie, dite de croissance, n'est pas grave d'ordinaire. Il ne le deviendrait que par la persistance des causes, souvent accidentelles, qui lui ont donné naissance et dont la simple suppression suffit sou-

vent pour faire rétrocéder ou disparaître l'hypertrophie. Encore faudrait-il que celle-ci fût indépendante, ce qui doit être infiniment rare à notre avis, de toute lésion cardiaque antérieure et, le plus souvent, définitive.

Dans ces cas, l'attention du pédiâtre doit, à plus forte raison, être portée sur l'organe au point de vue hygiénique et surtout professionnel, précisément au moment où il faut opter, au début de la carrière, pour telle ou telle profession plus ou moins compatible avec l'état du cœur de l'enfant.

Si l'examen des yeux présente, à ce point de vue, un intérêt majeur; celui du cœur ne le lui cède en rien.

Le pronostic est surtout assombri lorsqu'à l'hypertrophie du cœur s'ajoute une *lésion rénale*, que dénote le plus souvent l'*albuminurie*, symptôme toujours *précieux à reconnaître de bonne heure et qui tient souvent l'hypertrophie cardiaque sous sa dépendance directe* (*cœur rénal* de Potain).

Traitement. — Le traitement de l'hypertrophie, dite de croissance, découle tout naturellement de ce que nous en avons dit jusqu'à présent.

Nous le résumerons en ces mots : *éviter tout ce qui est capable d'accroître l'action du cœur* (efforts), mais aussi *tous les excitants de cet organe* (café, alcool, vin pur) et les *libations copieuses*, d'un liquide même aqueux, qui exigent de sa part une *action trop intense*, souvent *inutile* et *toujours préjudiciable* (fatigue).

Le coït et l'onanisme agissent particulièrement sur lui, dans le même sens.

Une *alimentation douce, peu épicée;* des *viandes blanches* de préférence; le *lait surtout*, les *œufs*, seront *parfaitement indiqués.*

Le *bromure de potassium*, comme sédatif; l'*iodure*, comme résolutif, trouveront souvent ici leurs indications.

Le régime lacté exclusif sera de rigueur dans l'albuminurie.

IV. — Péricardite

Définition. — La péricardite est *l'inflammation de la membrane séreuse extérieure du cœur* ou *péricarde.*

Étiologie. — Deux causes principales sont les premières auxquelles on doit songer en pareil cas : le *rhumatisme* d'abord, la *tuberculose* ensuite. On a vu toutefois la péricardite survenir au cours de bien des *maladies infectieuses* (*fièvre typhoïde* et surtout *scarlatine*).

Symptômes. — Comme pour la pleurésie, il faut distinguer la péricardite *sèche* et la péricardite *avec épanchement.* Elle revêt, dans les deux cas, la *forme aiguë*, d'ordinaire ; *exceptionnellement*, *la forme chronique.*

Dans la forme *aiguë* on constate, avec de la *fièvre* (38° à 40°), de la *dyspnée* (d'autant plus intense habituellement que l'épanchement est plus considérable), des *étouffements*, de la *suffocation*, de l'*anxiété* ou de la *douleur précordiale* que le petit malade n'accuse qu'à un certain âge (2e enfance).

Les *poumons* sont souvent, dans ces cas, le siège d'une *congestion intense* donnant lieu, principalement *à la base des deux côtés et en arrière*, à la production de *nombreux râles sous-crépitants*, dus à la congestion elle-même et surtout à l'*œdème* concomitant ou consécutif.

Le *pouls* présente des *caractères variables*, suivant que l'on est en présence d'une péricardite sèche, dans laquelle il est *fort* et plus ou moins *fréquent*, où d'une péricardite avec épanchement, dans laquelle il est *petit* d'ordinaire et d'autant plus *faible* ou *imperceptible* et *dépressible* que l'*épanchement* lui-même est *plus considérable.*

La forme *sèche* est due à l'*inégalité de la surface séreuse* produite par l'inflammation, à une *exsudation fibrineuse* plus ou moins épaisse, qui tapisse *tout* ou *partie de la surface de la cavité péricardique* (feuillet externe ou pariétal, feuillet interne ou viscéral).

Le *liquide* de l'épanchement offre l'analogie la plus grande

avec celui de la pleurésie. Comme celui-ci, il est, suivant les cas, simplement *séreux* (anasarque, mal de Bright), *séro-fibrineux* (péricardite infectieuse, le plus souvent rhumatismale, tuberculeuse ou même scarlatineuse), enfin *purulent* (tuberculose avancée, streptococcie) ou *séro-sanguinolent* (péricardite bourgeonnante, dite aussi hémorrhagique).

C'est surtout la *percussion* qui nous permettra, une fois l'attention attirée du côté du cœur, de reconnaître l'épanchement.

Non seulement la *matité précordiale est augmentée*, mais encore elle présente une *disposition inverse de celle qu'elle affecte à l'état normal*, c'est-à-dire que, dans la *péricardite avec épanchement*, cette *matité* a une *forme triangulaire à base dirigée en bas, à sommet supérieur*. C'est là, on le sait, la *forme du péricarde lui-même* ou plutôt de la *cavité péricardique*.

Le *triangle de matité est d'autant plus étendu que l'épanchement remplit et distend davantage la séreuse*. Dans le cas contraire, la *base seule du triangle est représentée*, remontant d'*autant plus haut* que le *liquide* est lui-même *plus abondant*.

Le *décubitus dorsal*, quand l'épanchement est moyen, permet au cœur de *plonger* dans ce liquide et *ses bruits* sont alors *plus sourds que si le malade est à moitié ou totalement assis*.

De même, l'*inclinaison du tronc en avant* permet souvent au cœur de se *mettre en contact direct avec la paroi thoracique antérieure* et, par suite, à ses *bruits* d'être *perçus plus facilement par l'oreille appliquée*, dans ces conditions, *sur la région précordiale*.

Dans la péricardite *sèche*, au contraire, l'*auscultation du cœur*, le malade étant couché, *fait entendre d'abord un bruit de frôlement*, bientôt remplacé par un véritable *frottement*, qui *dure jusqu'à ce que la résolution des exsudats fibrineux soit complète, qu'il se produise un épanchement, ou qu'enfin survienne la symphyse du péricarde*, que nous étudierons dans le chapitre suivant.

Le *pouls veineux jugulaire* peut exister dans la péricardite

avec épanchement. Il est faible d'ordinaire. Ce qui est plus accusé, c'est le *foie cardiaque*, révélé par l'*augmentation de volume* de l'organe qui déborde les fausses côtes, par sa *matité douloureuse*, enfin par la production de *troubles digestifs gastriques* et de *vomissements*, qui attirent aussitôt l'attention du côté de l'épigastre.

Pour peu que l'*épanchement* soit *marqué*, il s'accompagne fréquemment d'une *voussure précordiale*, dont *l'intensité est en rapport avec celle de l'épanchement lui-même et le jeune âge de l'enfant* ou, si l'on préfère, l'*élasticité de la paroi thoracique*, toujours grande à cet âge. Cette *voussure*, quand l'épanchement est considérable, affecte la forme d'un *triangle isocèle à sommet supérieur*, décrite plus haut relativement à la matité de l'épanchement péricardique.

Quant au *bruit de frottement*, qui peut précéder et suivre l'épanchement ou persister tout le temps comme dans la péricardite sèche, c'est un *bruit surajouté et diastolique*, que l'on perçoit *entre les deux bruits normaux du cœur* et non point leur *dédoublement* (*bruit de rappel*, *bruit de galop*).

Diagnostic. — Le diagnostic de la péricardite n'est pas un de ceux qui vont au-devant de l'observateur. Il est utile, au contraire, que le pédiâtre y songe toutes les fois qu'elle lui paraît possible. C'est ainsi qu'il doit, dans une maladie infectieuse quelconque, ausculter le cœur, sinon tous les jours, du moins tous les deux ou trois jours.

Dans le rhumatisme, l'auscultation du cœur sera de rigueur tous les jours ; car, dans une intéressante et récente leçon, intitulée *Cœur et rhumatisme chez l'enfant*, M. le Dr Huchard (1) déclare, avec juste raison, que « *le rhumatisme infantile aime le péricarde.* »

Quant à la *douleur* ou *anxiété précordiale*, dont nous avons parlé, elle est rarement accusée par l'enfant au cours de la péricardite même aiguë, que celle-ci s'accompagne ou non d'épanchement. C'est à peine si, dans la seconde enfance,

(1) Huchard. Gazette des maladies infantiles. Paris, 2 janvier 1902, p. 1.

certains malades l'accuseront et encore faudra-t-il, pour cela, attirer fortement leur attention sur ce point.

C'est aussi le *diagnostic de nature* qu'il importe d'établir, quand on se trouve en présence d'une péricardite chez l'enfant.

La péricardite rhumatismale y semble de beaucoup la plus commune. Cependant, toujours d'après M. Huchard, « *la péricardite tuberculeuse est plus fréquente qu'on ne le croit.* »

Pour notre compte, nous avons observé un cas de l'une et de l'autre ou, plutôt, la *symphyse péricardique* comme conséquence de l'une et de l'autre. Nous en parlerons plus longuement dans le chapitre suivant, dans lequel nous étudierons, nous l'avons déjà dit, la symphyse du péricarde.

Quant aux cas de péricardite *aiguë*, observés par nous, ils nous ont paru avoir trait à la péricardite rhumatismale. Ils ont tous guéri, d'ailleurs.

Pronostic. — Il est évident que la péricardite avec épanchement est toujours plus grave que la péricardite sèche. Le cœur, dans le premier cas, surtout si l'épanchement est considérable, peut s'arrêter en *syncope mortelle.*

En dehors de cette terminaison possible, rare pourtant en raison peut-être de l'élasticité du péricarde et de la paroi costale elle-même chez l'enfant, ce qui peut assombrir le pronostic ce sont : d'abord, le passage de l'épanchement à la *purulence*, ce qui est exceptionnel ; ensuite, les *adhérences péricardiques*, qui peuvent être *partielles* et *plus ou moins longues* (*pointe*, etc.) ou, au contraire, *totales* (*symphyse*).

La *nature de la lésion* joue aussi un rôle considérable. « *On peut vivre avec une péricardite rhumatismale*, dit encore M. Huchard (1), *on ne vit pas avec une péricardite tuberculeuse* ».

La survie a été, en effet, de quelques mois à peine dans le cas que nous avons publié, M. Abadie et moi (2), et dans

(1) Huchard, loc. cit.

(2) Baumel et Abadie. Un cas de cirrhose cardio-tuberculeuse chez l'enfant (symphyse du péricarde et méningite tuberculeuses). Nouv. Montp. méd., Tome XII, 1901.

lequel il s'était produit une symphyse péricardique, consécutive à une première localisation tuberculeuse. Le malade succomba, ensuite, à une méningite de même nature.

Traitement. — Le traitement de la péricardite aiguë fournit plusieurs indications à remplir :

1° *Traiter la maladie générale* qui lui a donné naissance, pour atténuer son action sur le péricarde.

2° Qu'il s'agisse de péricardite *sèche* ou de péricardite *avec épanchement*, *ne pas se hâter d'appliquer un vésicatoire*, à titre résolutif, à la région précordiale.

Comme dans la pleurésie (voir plus haut), il risquerait de favoriser la production de l'épanchement, s'il n'existe pas encore, ou de l'augmenter, s'il existe déjà.

3° Quand l'épanchement est considérable et qu'il se résout difficilement ou reste stationnaire, recourir à *la paracentèse du péricarde* avec aspiration, qui nous paraît devoir être très utile, à condition de la pratiquer vers la *base de la matité* et de *limiter la course du trocart à 1 ou 2 centimètres au plus.*

Le traitement de la péricardite *chronique* comporte surtout l'usage des toniques, des résolutifs (iode et ses dérivés); enfin, l'évacuation, dans le cas d'épanchement séreux ou purulent.

V. — Symphyse du péricarde

Définition. — Comme son nom l'indique, la symphyse du péricarde est la *soudure des deux feuillets*, pariétal et viscéral, *de la séreuse péricardique.*

Étiologie. — Chez l'enfant, il est deux causes principales de cette symphyse, ce sont : le *rhumatisme aigu* et la *tuberculose.* Nous avons rapporté nous-même un cas de symphyse relatif à chacune de ces causes (1). M. le Dr Marfan en a vu un consécutif à la scarlatine (2).

(1) Baumel et Abadie, loco citato. et L. Baumel, Symphyse du péricarde d'origine rhumatismale avec tracé sphygmographique. Congrès de pédiâtrie, Nantes 1901.

(2) Marfan. Bulletin médical du 24 avril 1901.

Symptômes. — La symphyse du péricarde se révèle par des *palpitations de cœur*, des *étouffements*, de la *dyspnée*, de la *cyanose* (des extrémités surtout), de l'*hépato-* et de la *spléno-mégalie*, des *hydropisies* multiples (ascite, épanchements pleuraux, œdème des membres, surtout inférieurs, et, principalement, à droite).

Parfois le *liquide*, ainsi *accumulé dans les diverses séreuses*, *est plus ou moins teinté de sang* (voir le cas relaté dans notre communication au Congrès de pédiâtrie de Nantes 1901). Des *ecchymoses sous-cutanées*, plus ou moins étendues, peuvent se produire, dans ces cas, comme nous l'avons observé dans l'un de ceux qui nous sont personnels et que nous avons publié avec M. Abadie.

L'examen du cœur mérite une *attention toute particulière* et comporte *certaines difficultés* que nous devons mettre en lumière.

A l'*inspection*, il semble que *la paroi thoracique tout entière*, *au niveau de la région précordiale*, soit le siège d'une *ondulation particulière*, qui a fait désigner ce phénomène sous le nom de *mouvement de roulis*.

La *percussion* indique, généralement, une *augmentation d'étendue de la matité précordiale*. Elle affecte, soit la *forme du cœur*, soit *celle du péricarde*, qui est, nous l'avons dit plus haut, l'inverse de la précédente (voir péricardite).

L'*auscultation* révèle, avec une *faiblesse des contractions* (qui s'explique fort bien par la *symphyse* elle-même), l'existence de certains *souffles*, *généralisés* d'ordinaire et *tenant plus à l'insuffisance valvulaire qu'au rétrécissement des orifices*. C'est pourquoi le souffle prédomine habituellement au *premier temps et à la pointe*, *pour les valvules auriculo-ventriculaires* (*région sous-mamelonnaire externe gauche* et *appendice xyphoïde*); au *deuxième temps et à la base*, *pour les valvules artérielles* (*deuxième espace intercostal droit*, *pour l'aorte; gauche*, *pour l'artère pulmonaire*).

Il existe parfois un certain degré d'*hypertrophie du myocarde*, comme dans notre cas de symphyse d'origine rhuma-

tismale, ou au contraire d'*atrophie,* comme dans celui d'origine tuberculeuse qui nous est personnel.

De l'avis de M. le Professeur Hutinel, il est très difficile, pour ne pas dire impossible, de diagnostiquer sûrement la symphyse du péricarde d'abord, sa nature ensuite.

Nous avons signalé, dans l'un de nos cas, les signes d'une *insuffisance aortique*, dénotés par le *tracé sphygmographique*, qui présentait des caractères tels, que leur coexistence avec le *mouvement ondulatoire* de la région précordiale, avec la *faiblesse des contractions* cardiaques, avec les *souffles valvulaires,* avec l'*ensemble enfin des symptômes observés* (gros foie, œdème des membres inférieurs, cyanose, etc.), ne nous laissa aucun doute dans l'esprit et nous permit d'affirmer, dès la première visite, l'existence d'une *symphyse du péricarde*, que l'autopsie, d'ailleurs, vint confirmer.

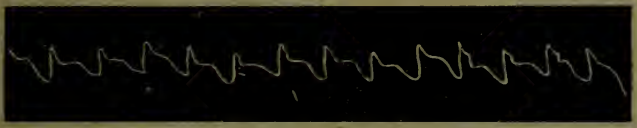


Fig. 37.
Tracé sphygmographique de la radiale gauche, relatif à un enfant de 12 ans atteint de symphyse cardiaque, rhumatismale et généralisée.

Ce qui frappe, en effet, dans ce tracé, c'est, avec le *crochet supérieur aigu* de l'insuffisance aortique et la *rectitude de la ligne d'ascension* liée à l'hypertrophie, la *brièveté de cette ligne elle-même.* Sans doute, l'*insuffisance mitrale* peut bien, dans une certaine mesure, expliquer cette *brièveté de la ligne d'ascension*; mais dans le cas d'insuffisance aortique et mitrale combinées, sans symphyse, l'*hypertrophie du ventricule gauche est si considérable* que les *contractions* du cœur sont *très fortes* et qu'elles sont *facilement reconnues telles, à la palpation et à l'auscultation.* Or, c'est *précisement* le *contraire* qui avait lieu dans le cas dont nous parlons et si, avec une insuffisance aortique évidente, on pouvait admettre, à la

rigueur, l'existence d'une *dégénérescence du myocarde* pour expliquer la *faiblesse des bruits du cœur*, non seulement *celle-ci se trouvait en contradiction avec l'hypertrophie révélée par la ligne ascensionnelle*, mais on avait le droit de se demander *comment aurait pu résister* fonctionnellement, *en présence de l'insuffisance aortique reconnue, un myocarde ainsi dégénéré*. Cela paraissait véritablement impossible.

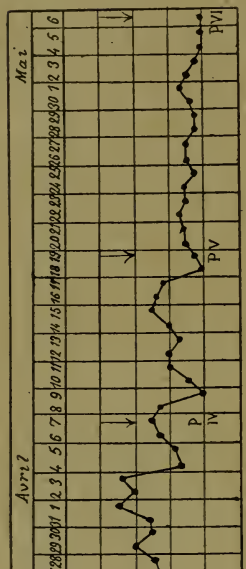


Fig. 33.
Courbe des urines de 24 heures, relative à un garçon de 7 ans atteint de cirrhose cardio-tuberculeuse et de symphyse du péricarde, tuberculeuse elle-même. La paracentèse abdominale (P) fut pratiquée 6 fois, sans modifier en rien cette courbe à flèchissement continu.

C'est *en raison de cette contradiction réelle dans les symptômes cardiaques, considérés en dehors d'une symphyse du péricarde, que nous fûmes amené au diagnostic de celle-ci.*

Le *pouls* est souvent *petit, irrégulier, filiforme, innombrable, dépressible*. Les *œdèmes*, très intenses, *disparaissent difficilement, même après une ponction d'ascite* par exemple. *Ils se reproduisent*, au contraire, *très facilement, très vite* et *aussi considérables qu'auparavant*. Les *urines* ne viennent pas non plus en aussi grande abondance qu'après une ponction d'ascite ordinaire. Elles peuvent contenir parfois de l'albumine que l'on doit toujours y rechercher avec le plus grand soin.

C'est surtout *après la paracentèse abdominale* que l'*hépatomégalie* est *bien appréciable*. Dans certains cas même, en

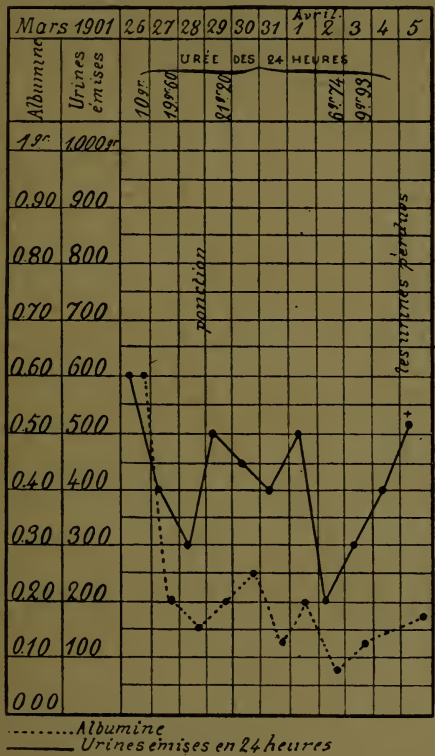


Fig. 39.

Courbe des urines et de l'albuminurie des 24 heures, relative à un garçon de 12 ans atteint de symphyse cardiaque rhumatismale. En haut de la courbe figurent les chiffres de l'urée, qui semble avoir accrue, faiblement, l'unique paracentèse pratiquée.

raison de son importance, l'attention est plutôt attirée du côté de l'abdomen et du foie que du côté du thorax et du cœur.

Si nous en jugeons par les faits qui nous sont personnels, c'est surtout *dans la symphyse tuberculeuse du péricarde* que ce *symptôme est encore plus marqué*, constituant alors ce syndrome particulier, si bien décrit par M. le Professeur Hutinel et auquel il a donné le nom de *cirrhose cardio-tuberculeuse*.

Diagnostic. — Ainsi que nous l'avons fait entrevoir plus haut et que le déclare d'ailleurs nettement M Hutinel lui-même, le diagnostic de la symphyse du péricarde est très difficile, sinon impossible.

Il nous semble toutefois que, pour les raisons que nous avons données, il n'est pas absolument au-dessus de nos moyens. Dans un cas, nous avons pu l'établir aussitôt que nous avons été mis en présence du petit malade. L'autopsie est venue pleinement confirmer notre opinion.

Tout en reconnaissant la prudence dont on devra s'entourer en pareil cas, si l'on songe d'une part à la rareté relative des maladies du cœur chez l'enfant, d'autre part au tableau particulier présenté par le petit malade atteint de symphyse du péricarde, on sera facilement d'avis, avec nous, que ces difficultés ne sont pas tout à fait insurmontables Quand, avec de la *cyanose*, des *œdèmes* plus ou moins intenses surtout aux *membres inférieurs et à droite*, des *épanchements dans les séreuses* principalement dans le *péritoine*, on constatera du *gros foie* et, en outre, une *matité précordiale* plus étendue que de coutume, de la *faiblesse des contractions* et *des bruits du cœur*, des *souffles plutôt doux* que forts, de l'*insuffisance aortique*, une *ligne d'ascension courte* et l'*absence de l'hypertrophie ventriculaire gauche qui accompagne d'ordinaire cette lésion*, enfin le *mouvement de roulis de la région précordiale*, on sera bien autorisé, non seulement à *songer à la symphyse*, mais à *déclarer qu'elle existe réellement*, sans grandes chances de se tromper.

Pronostic. — Le pronostic est des plus graves. La symphyse du péricarde, une fois établie, n'est nullement compatible avec une longue existence. Ce n'est pas même affaire d'années, mais de mois ou de semaines, de survie.

La symphyse tuberculeuse peut donner lieu à une généralisation de la tuberculose ou à une localisation tout autre de la maladie (méningite).

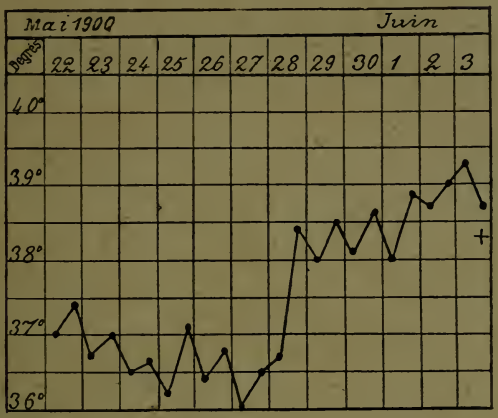


Fig. 40.

Méningite tuberculeuse chez un enfant de 7 ans, à la période ultime d'une cirrhose cardio-tuberculeuse, avec symphyse péricardique de même nature.

Traitement. — Le traitement de la symphyse péricardique est purement *palliatif* et s'adresse plutôt aux conséquences de cette maladie qu'à la lésion même qui la constitue.

Les *diurétiques*, contre les œdèmes, les épanchements et l'anasarque, seront parfaitement indiqués.

Le *lait*, à ce titre, sera recommandé comme aliment à peu près exclusif.

Dans un cas, nous avons eu recours, avec quelque avantage, à l'*extrait de feuilles et de fleurs de muguet* (convallaria maïalis), que nous avons donné, dans du sirop des cinq racines (40 grammes), à la dose de 50 centigrammes à 1 gr. par jour.

La *digitale* sera également indiquée, non seulement comme *diurétique*, mais encore comme *tonique du cœur*. La dose sera

relative à l'âge de l'enfant et le médicament, donné pendant quatre jours consécutifs, sera supprimé pendant 48 heures, en raison de l'accumulation des effets, qui lui est propre.

C'est surtout le jour où la *chirurgie*, si audacieuse à notre époque, aurait trouvé le moyen de pousser jusqu'au cœur son intervention et de rendre à cet organe la liberté qui lui manque par le fait de la symphyse, que l'on possèderait le vrai remède à opposer à cette maladie, incurable et mortelle à brève échéance jusque-là.

Souhaitons que, dans un avenir peu éloigné, un chirurgien attache son nom, à une pareille découverte, qui ne serait pas un des moindres progrès de la chirurgie contemporaine.

6me Section. — MALADIES DU FOIE

I. — Ictère du nouveau-né

Définition. — Comme son nom l'indique, l'ictère du nouveau-né est la *jaunisse des enfants qui viennent de naître.*

Etiologie. — On a beaucoup discuté et l'on discute encore aujourd'hui sur la véritable *nature* de l'ictère du nouveau-né.

Pour bien des auteurs, imbus des théories microbiennes modernes, cet ictère, comme beaucoup d'autres, serait mis, *toujours ou à peu près,* sur le compte d'une *infection des voies biliaires*, infection dont les *origines* pourraient être *multiples,* vu que le *tube digestif* aussi bien que l'*ombilic* pourraient en expliquer la provenance.

Nous voudrions bien accepter cette manière de voir. Nous exigerions toutefois qu'elle fût étayée sur des bases solides, c'est-à-dire sur la *constatation de micro-organismes dans les voies biliaires* (à la nécropsie d'enfants nouveau-nés, morts

avec de l'ictère) ou sur la présence de la *phlébite ombilicale* dans ces mêmes cas.

Si l'un et l'autre peuvent être rencontrés, cela n'indique point qu'ils soient *la condition pathogénique indispensable* de l'ictère.

La *stagnation de la bile*, qu'elle qu'en soit la cause, peut favoriser la pullulation des micro-organismes dans ce liquide; la *phlébite*, lorsqu'elle existe, ne suffit pas non plus pour expliquer l'ictère. Nous dirons même qu'*elle n'est pas nécessaire;* à moins d'admettre qu'elle existe chez tout enfant nouveau-né, ce qui n'est pas accepté et reconnu, actuellement du moins.

Comment d'ailleurs interpréter, par l'un ou par l'autre, la *pathogénie de l'ictère du nouveau-né*, dont la *fréquence est telle* qu'avec une attention même modérée on en constate l'*existence dans l'immense majorité des cas*, ainsi que nous l'avons affirmé il y a déjà longtemps (1), et, pour ainsi dire, *chez tous les nouveau-nés sans exception.*

C'est plutôt grâce à un *écoulement plus ou moins difficile de la bile*, à une *fonction biliaire lente à s'établir*, aux *perturbations survenues dans l'organe hépatique et sa circulation sanguine*, en raison des modifications qui y sont apportées par le fait même de la naissance, *que se produit l'ictère.*

C'est pour cela que nous avons toujours eu de la tendance, avec juste raison croyons-nous, à incriminer *moins les microbes et la phlébite* que le *côté purement mécanique* et les *troubles*, momentanés, survenus *dans la circulation sanguine et biliaire du foie.*

Il y a là un *équilibre rompu*, qui demande nécessairement quelques jours pour se rétablir. Non seulement *tous les nouveau-nés* présentent un *degré plus ou moins marqué d'ictère;* mais, chose curieuse, les *faibles congénitaux* (nés avant terme ou non) en sont atteints à un *degré encore plus intense* que les autres.

(1) L. Baumel. Ictère du nouveau-né, in Leçons cliniques sur les maladies des enfants. Paris, Masson, 1893.

Cela tiendrait-il à ce que leur faible organisme se lais-

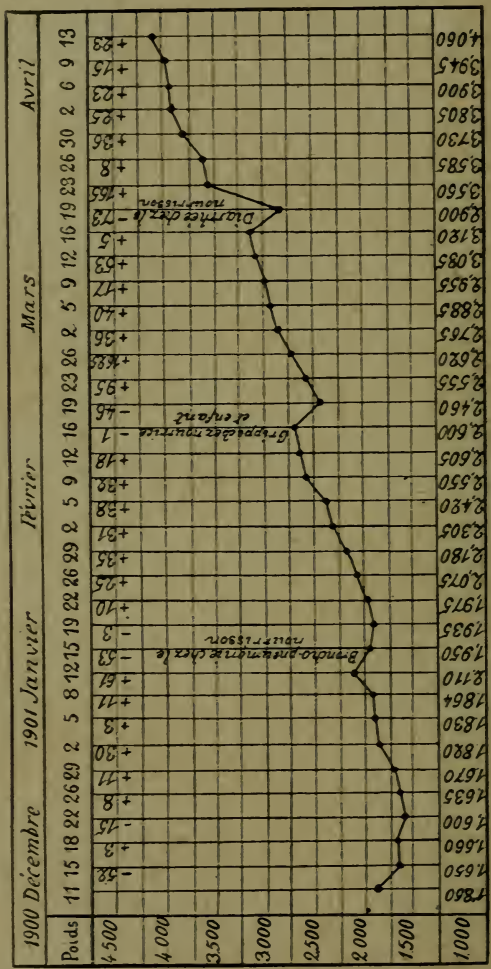


Fig. 41.

Faiblesse congénitale et ictère des nouveau-nés, chez un enfant de 4 jours, né après 6 mois et demi de vie intra-utérine. Les chiffres situés au bas de la courbe indiquent les poids obtenus aux diverses pesées ; ceux du haut, précédés des signes + ou —, la moyenne d'augmentation ou de diminution par 24 heures, d'une pesée à l'autre.

serait plus facilement envahir par les microbes ou que la phlébite ombilicale y serait plus intense ou plus fréquente ?

Ici encore, le côté mécanique de la question nous paraît jouer le rôle le plus important. C'est ainsi que, chez les faibles congénitaux (nous l'avons dit dès avant 1893), *toutes les fonctions se faisant faiblement*, la *respiration* à son tour *participe à cette faiblesse générale*, d'où, *stase dans le cœur droit, foie cardiaque*; mais, ce qui est plus important encore, *faibles contractions du diaphragme.*

Le foie, au lieu d'être normalement exprimé par lui de son contenu et de déverser librement et abondamment dans l'intestin grêle la bile qu'il sécrète, la conserve; d'où, *stase, rétention, résorption même* de ce liquide et *tous les symptômes de l'ictère* ou, si l'on préfère, de la présence d'*éléments biliaires dans le sang.*

C'est absolument dans le même sens que nous paraissent agir, au point de vue de sa pathogénie, *certains accouchements laborieux*, ceux surtout qui s'effectuent l'enfant étant *en présentation podalique*, parce que ses parois thoraco-abdominales sont, dans ces conditions, fortement serrées au moment de l'expulsion et par suite endolories, d'où une certaine *gêne, pour la respiration et pour les mouvements normaux du diaphragme*, amenant l'*ictère* comme précédemment, à supposer qu'il ne s'y ajoute point de contusion, même légère, du foie.

Symptomatologie. — L'ictère, chez le nouveau-né comme chez l'adulte, se reconnaît à la *coloration jaune de la peau et des sclérotiques.* Chez le nouveau-né, il existe toutefois certaines causes d'erreur, qu'il est bon de connaître.

La *coloration rosée d'un enfant de naissance*, pendant les premiers jours qui suivent celle-ci, peut jusqu'à un certain point *masquer* la *couleur jaune* du tégument *due à l'ictère.*

Il en est de même de l'*orifice palpebral, généralement étroit* et *dont la plus grande étendue* (alors même qu'on l'entr'ouvre aussi largement que possible) *est occupée par la partie colorée de l'œil* ou *surface irienne.*

Ce n'est que *par moments*, lorsque l'enfant tourne *par hasard* son œil à droite ou à gauche, que l'on aperçoit *faiblement, dans un coin*, vers *une commissure*, la *sclérotique*

plus ou moins jaune. Ceci n'est pas absolument impossible à obtenir; c'est souvent difficile, toutefois.

Quant à la coloration rose du tégument, elle ne gênera qu'un œil mal exercé ; car si, comme on doit toujours le faire, on prend l'habitude d'examiner les enfants malades en général, les nouveau-nés en particulier, *au grand jour*, on dépistera aisément et bien vite le *fond jaunâtre*, qui se révèle *malgré la coloration rose* signalée.

C'est évidemment sur les points où cette dernière est le moins intense, en particulier au front, au pourtour des oreilles ou des ailes du nez, sur l'ovale inférieur du visage, beaucoup mieux que sur les joues par exemple, que sera plus facilement perceptible la coloration ictérique.

Même dans les parties les plus rouges, un *œil exercé reconnaîtra la nuance plus ou moins jaune*, qui y est *entremêlée*.

Les *urines*, comme chez l'adulte, se chargent aussitôt en *pigment biliaire* et dénotent la présence de ce dernier par les *taches* qu'elles déterminent, sur les parties de lange qu'elles mouillent.

Ces *taches*, de *forme variée* et plus ou moins *irrégulièrement circulaire*, présentent généralement une *coloration jaunâtre, plus intense et plus appréciable sur leurs bords et vers leur périphérie* qu'en leur milieu.

Les *fèces, habituellement décolorées chez l'adulte ou dans la seconde enfance* aussitôt que se manifeste l'ictère, le sont *beaucoup moins dans l'ictère du nouveau-né*.

Au lieu de prendre cette coloration *gris ardoisé*, qu'elles revêtent si facilement *à tous les âges*, on les voit au contraire, *le plus souvent, très foncées et presque noirâtres*.

Cela tient sans doute, pendant les *premiers jours de l'existence*, à l'expulsion du *méconium*. Après ce laps de temps, on ne peut guère mettre cette *coloration jaune-foncé persistante* des fèces que sur le compte d'une *perméabilité relative des voies biliaires*, chez le nouveau-né ictérique, et du *déversement, dans l'intestin, d'une partie de la bile sécrétée*.

S'il est un ictère qui mérite d'être dit *par polycholie*, c'est sans conteste celui du nouveau-né ; et, si l'on ne peut pas

interpréter ce mot dans le sens absolu de *sécrétion biliaire trop abondante*, il peut l'être dans celui de *réplétion excessive des voies biliaires* par la bile, dont l'écoulement est plus ou moins difficile à ce moment-là. Souvent aussi il s'y ajoute de la *viscosité par trop considérable de ce liquide*, tenant elle-même à un *vice de sécrétion originel*, dû sans doute à la *difficulté plus ou moins grande qu'éprouve cette nouvelle fonction à s'établir*, peut-être même en raison de la perturbation circulatoire (sanguine) dont le foie est le siège à la naissance et qui peut influer sur la sécrétion et l'excrétion biliaires.

Le *ralentissement du pouls* est la règle. Des *hémorrhagies diverses*, mais surtout les *convulsions*, par *infarctus biliaire rénal* et *urémie*, y sont parfois observées. Dans les cas graves, elles annoncent généralement la mort.

Diagnostic. — Nous n'insisterons pas ici sur le diagnostic de cette maladie si commune. On la reconnaîtra d'autant plus facilement, qu'on l'aura déjà vue plus souvent et qu'on songera davantage à la rechercher dans tous les cas. On ne confondra pas, avec elle, l'*ictère bronzé hémaphéique du nouveau-né*, dont nous avons observé et relaté un remarquable exemple (1).

Dans ce dernier, à la coloration bronzée de la peau s'ajoutaient des *symptômes urinaires particuliers. Les taches formées par les urines sur les langes avaient, aussitôt après l'émission*, une *coloration vineuse* très nette ; puis, *en vieillissant*, elles passaient *au bleu* et *au noir*. Elles contenaient de l'*indican*, comme cela résulte des analyses qui en furent faites par M. le Dr Moitessier, professeur agrégé de chimie de notre Faculté. C'est le seul cas, de ce genre, qu'il nous ait été donné d'observer jusqu'à ce jour. Il est donc infiniment rare.

Pronostic. — Le pronostic de l'ictère du nouveau-né, même intense et tel qu'on l'observe chez les faibles congéni-

(1) L. Baumel et Boiadjieff. — Ictère bronzé hémaphéique du nouveau-né. Indicanurie. Guérison. (Congrès de pédiâtrie de Bordeaux, 1895).

taux, est généralement bénin. Il est pourtant grave, quelquefois ; mais, *exceptionnellement mortel*. Il faudrait se trouver en face d'une *malformation* ou d'une *oblitération définitive des voies biliaires* pour qu'il en fût ainsi.

Traitement. — Quant au traitement, plus il est simple, plus il est efficace. Le *sein* de la mère ou de la nourrice, comme alimentation, *la couveuse* en outre, chez les faibles congénitaux, suffisent d'ordinaire.

Rarement il est nécessaire de recourir aux *alcalins*. Des *laxatifs* (*suppositoires à la glycérine*), dans les cas de constipation opiniâtre, et, à la rigueur, *quelques cuillerées à café par jour d'eau de Vittel* (Grande source) s'adressant au foie, nous ont toujours paru largement suffisants.

II. — Foie cardiaque

Définition. — Le foie cardiaque, comme sa dénomination l'indique, est un *état pathologique du foie, créé par un trouble fonctionnel du cœur* (cœur droit forcé, insuffisance tricuspidienne fonctionnelle) résultant d'une maladie de cet organe ou, au contraire, de l'appareil respiratoire et, même, du thorax.

Étiologie. — Les causes les plus fréquentes du foie cardiaque sont : les *maladies aiguës ou chroniques du cœur* (droit ou gauche), des *plèvres* (pleurésie avec ou sans épanchement), du *poumon* (broncho-pneumonie, pneumonie, tuberculose pulmonaire, emphysème, coqueluche), des *bronches* enfin (bronchite capillaire, généralisée) *ou même des ganglions bronchiques* (adénopathie trachéo-bronchique).

Nous devons y ajouter, comme très communes dans l'enfance, les *déformations thoraciques* (rachitisme du thorax), les *déviations de la colonne vertébrale* (cyphose, scoliose, lordose), le *mal de Pott*, etc., etc.

C'est un illustre chirurgien de Montpellier, le Professeur Delpech, qui, tout d'abord, signala l'influence des déviations du rachis sur le cœur.

Le premier travail d'ensemble, sur cette question de pathologie interne, est notre thèse d'agrégation intitulée : *Des lésions non congénitales du cœur droit et de leurs effets* (Paris, 1883).

L'*anémie* elle-même, avec ses palpitations cardiaques, son cœur de Parrot ou cœur globuleux, son insuffisance tricuspidienne fonctionnelle enfin, rendra souvent à elle seule suffisamment compte de la production et de la pathogénie du foie cardiaque. Or, les causes de l'anémie, nous l'avons vu plus haut, sont des plus fréquentes dans l'enfance. Rappelons, parmi elles, seulement : la *croissance*, la *mastication incomplète*, la *carie et l'évolution dentaires*, la *misère physiologique*, les *convalescences diverses*, enfin les *vices alimentaires* les plus variés, tenant surtout au *milieu social* dans lequel on observe.

Symptomatologie. — Le foie cardiaque a une *symptomatologie particulière*, qui a besoin d'être connue du praticien, peut-être plus encore du pédiâtre. C'est la raison pour laquelle nous consacrons, à cet état pathologique, un chapitre spécial.

Ce sont souvent des *troubles digestifs* et, en particulier, des *vomissements*, qui annoncent, les premiers, l'existence d'un tel état.

A un *examen superficiel*, non seulement les familles, mais le médecin lui-même, ont de la tendance à mettre sur le compte d'une *maladie de l'appareil digestif*, de *l'estomac principalement*, ces premiers symptômes.

Une expérience consommée et une habitude grande des maladies de l'enfance ne permettront pas au doute de persister plus longtemps, à cet égard, dans l'esprit de l'observateur, surtout *si celui-ci examine attentivement le petit malade.*

Avant d'incriminer en effet l'estomac, il est utile, indispensable même, de s'assurer que *rien, du côté du cœur ou de l'appareil respiratoire, ne justifie et n'explique les troubles observés.*

Les *commémoratifs* du jeune patient fournis par l'entourage et, à leur défaut, les *constatations faites directement* du

côté de l'*appareil cardio-pulmonaire* mettront rapidement sur la voie.

La *toux* plus ou moins ancienne et persistante, quinteuse parfois, sera un *premier et précieux indice;* il en sera de même d'un *essoufflement* plus ou moins intense et *habituel*, sans parler des *déformations du thorax*, qu'elles soient de *nature rachitique*, qu'elles résultent d'une *attitude vicieuse* tenant le plus souvent au *mobilier scolaire*, ou qu'elles soient la conséquence d'un *mal vertébral.*

Dans tous ces cas, aigus ou chroniques, l'*examen attentif du foie* donnera, en dehors de l'auscultation du cœur et des poumons, la clef du problème, insoluble sans cela.

Cet examen doit être fait à *jeun*, le malade n'ayant rien ingéré depuis au moins six heures, et l'on constate alors facilement ce que voici :

Le *foie* est *augmenté de volume*, ce dont on s'assure aisément, *à condition que l'état du thorax le permette.* Ce n'est guère que dans le mal de Pott, dorsal ou lombaire, lorsque le *thorax* est *porté fortement en avant*, le *foie* par suite en *arrière*, que l'*examen de cet organe devient difficile, sinon impossible.*

Il en est de même lorsqu'un *épanchement pleural, abondant, existe à droite*, par exemple.

Cet épanchement *refoule* plus ou moins le *foie dans l'abdomen* et, la *matité de l'un se confondant sans ligne de démarcation avec celle de l'autre*, empêche de délimiter nettement l'organe hépatique à sa partie supérieure et de savoir jusqu'à quel point sont marqués son augmentation de volume et son état cardiaque.

Cet état existe nécessairement, dans ces conditions, *à un degré quelconque.* L'*important*, pour le clinicien en général et le pédiâtre en particulier, c'est d'*être fixé sur ce point de pratique journalière*, duquel découlent, non seulement *la facile interprétation de symptômes*, inexplicables sans cela, mais une série d'indications thérapeutiques des plus utiles à remplir, qui fussent restées dans l'ombre pour tout pédiâtre non prévenu ou inexpérimenté.

Si *toute matité pathologique* (pleurale ou péricardique), *superposée à la matité hépatique, apporte quelque gêne à la délimitation supérieure et à l'appréciation exacte de celle-ci*, il *en est de même de la sonorité exagérée ou accrue du thorax*, telle qu'on la rencontre dans l'*emphysème pulmonaire*, la *coqueluche*, le *pneumothorax*, etc, etc.

Tous ces faits, pour ne pas être tant s'en faut exceptionnels, ne constituent cependant qu'une faible partie de ceux dans lesquels le foie cardiaque existe. Nous pouvons dire, d'une manière générale, qu'il *suffit d'y penser pour en constater facilement l'existence*, et cela, qu'il s'agisse d'une *maladie aiguë ou chronique du cœur* (péricardite, myocardite, endocardite), du *poumon* (voir l'énumération que nous en avons faite ci-dessus), de la *plèvre*, des *bronches*, des *ganglions trachéo-bronchiques*, du *thorax* ou de la *colonne vertébrale*.

La *matité* du foie est, nous l'avons dit, généralement *augmentée* d'étendue. Elle est *douloureuse à la percussion contrairement à ce qui a lieu pour la sonorité gastrique* (1), ce qui indique déjà suffisamment, à notre avis, quel est l'organe en souffrance.

Toujours le bord inférieur du foie est plus ou moins abaissé. La *matité* de cet organe est schématiquement représentée, on le sait, par un *triangle rectangle* dont *un côté de l'angle droit, vertical* (côté externe), se confond avec la paroi thoracique droite; *l'autre, horizontal et supérieur*, est *à un centimètre ou deux au-dessous du mamelon correspondant;* le *troisième, oblique de bas en haut et de droite à gauche, part du rebord des fausses côtes, à l'état normal*, passe *au-dessous de l'appendice xyphoïde, à une certaine distance de celui-ci, et va rejoindre, au delà du cœur et vers le mamelon gauche, le bord supérieur ou horizontal.*

Ce bord inférieur limite de la sorte une *languette triangulaire* du foie *(à angle inféro-externe très aigu*, à *base supé-*

(1) Voir la thèse de notre élève et ami M. le Dr Duco, intitulée : *De l'hépatomégalie, avec matité douloureuse du foie, dans ses rapports avec la gastralgie, l'hépatalgie, la dyspepsie.* Montpellier, 1884.

rieure étroite) ainsi circonscrite : le *côté inférieur* de la languette se confond avec le *bord inférieur de l'organe*, il part du rebord des fausses côtes droites, se dirige vers le mamelon gauche et *croise*, à un moment donné, *le rebord costal correspondant* ; le *côté supéro-externe* est formé par le *rebord costal droit* lui-même, depuis sa partie la plus inférieure jusqu'au niveau de l'appendice xyphoïde ; le *côté supérieur* est constitué, à la base de l'appendice, par une *ligne horizontale, unissant entre elles les extrémités des deux précédents.*

Cette *languette hépatique* n'est *séparée*, à l'état normal comme à l'état pathologique, *du doigt qui percute* que par *l'épaisseur de la paroi abdominale. C'est elle qui est surtout douloureuse, à la percussion, dans le foie cardiaque.*

Elle est d'autant plus grande et son bord inférieur d'autant plus abaissé que l'*état cardiaque* est plus intense. Dans cette appréciation, il faut tenir compte de l'*abaissement* qu'a pu subir l'organe *in toto* (épanchement pleurétique, péricardique, emphysème, rachitisme thoracique), ce qui permet d'*évaluer approximativement*, sinon toujours *précisément*, le *niveau du bord supérieur de l'organe*, abaissé lui-même dans ces conditions.

Diagnostic. — Le diagnostic découle de la gêne apportée à la circulation et en définitive au cœur droit, gêne toujours facile à apprécier par l'examen clinique. Il découle, aussi, de l'examen du foie, que nous venons de décrire.

Nous avons vu cependant, chez une jeune fille de 16 ans atteinte de mal de Pott dorso-lombaire, des *vomissements incoercibles* pendant plusieurs mois (avec une *névralgie intercostale gauche* et une *maladie bronzée*) qu'on aurait pu mettre sur le compte du foie cardiaque, alors qu'ils étaient tributaires d'une tuberculose surrénale et consécutive.

Point n'est besoin d'insister sur les troubles digestifs gastriques, constatés dans le foie cardiaque, sorte de *dyspepsie gastralgique ou, mieux, hépatalgique*, facile à expliquer (voir anémie); pas plus que sur la *diarrhée*, quelquefois observée

dans ces cas, véritable *soupape de sûreté ouverte, par la polycholie, à la congestion hépatique.*

Pronostic. — Le foie cardiaque entraîne rarement, par lui-même, un pronostic grave. Son degré indique celui de la gêne circulatoire du cœur droit. De la réductibilité plus ou moins grande des causes qui l'ont engendrée découle le pronostic du cas particulier.

Traitement. — Le traitement varie avec chacune des *causes* ou *maladies* qui peuvent produire le foie cardiaque.

III. — **Cirrhose cardio-tuberculeuse** (1)

Définition. — La cirrhose cardio-tuberculeuse est un *syndrôme clinique*, décrit et fort bien étudié dans ces derniers temps par M. le Professeur Hutinel.

Ce syndrôme, avec des *symptômes de maladie cardiaque* et *de la cyanose*, avec des *hydropisies* et des *œdèmes* principalement marqués aux *membres inférieurs* mais susceptibles d'une *généralisation plus ou moins grande,* et surtout avec un *très gros foie*, s'observe dans *certains cas spéciaux de tuberculose.*

Etiologie. — La cause de la maladie que nous étudions est le *microbe de Koch* sans doute, mais principalement la *tuberculose péricardique; parfois*, mais non toujours, ni nécessairement, *des tubercules sont rencontrés dans le foie lui-même.*

Le malade se présente à l'observation avec un *foie énorme*, c'est ce que révèle aussitôt l'examen le plus superficiel du jeune patient, à la condition toutefois que l'abdomen ne soit pas trop distendu par l'ascite, qui existe d'ordinaire.

Non seulement la *matité hépatique est considérablement*

(1) Pour les autres cirrhoses (toxiques ou infectieuses), ainsi d'ailleurs que pour les maladies du foie non décrites dans ce précis, se reporter aux traités de médecine générale, ces maladies ne différant pas sensiblement, chez l'enfant, de ce qu'elles sont chez l'adulte.

augmentée, non seulement elle *est douloureuse habituellement*; mais, dans les cas de *faible accumulation* de liquide ascitique et de *flaccidité* relative des parois abdominales, *on saisit, pour ainsi dire à pleines mains, le foie qui déborde considérablement les fausses côtes.*

Son bord inférieur et oblique, de bas en haut, *est arrondi et mousse.* Tout peut faire supposer l'existence d'une maladie du foie, ce que semblent corroborer et l'*ascite* et l'*œdème* des membres inférieurs *souvent plus marqué à droite*, à l'*inverse* de ce qui a lieu d'ordinaire dans l'*anasarque* développé sous l'influence de *toute autre cause* et, en particulier, à la suite d'une *maladie du cœur.*

La première fois que nous nous trouvâmes en présence d'un tel fait (1), nous nous demandâmes si nous avions affaire à des *kystes hydatiques du foie*, à une *cirrhose hypertrophique de Hanot* (laquelle toutefois s'accompagne généralement d'ictère), à une *syphilis hépatique*, à un *foie paludéen*, ou, enfin, à un *foie cardiaque* tel que nous ne l'avions jamais observé jusque-là, ni chez l'enfant, ni chez l'adulte.

Le malade succomba à la suite d'une *méningite tuberculeuse*, diagnostiquée et traitée par nous (voir fig. 40).

L'autopsie nous révéla l'exactitude du diagnostic, au point de vue de la méningite et de sa nature. *Rien*, dans les *antécédents* du sujet, *ne permettait de songer, ni à la syphilis, ni même à la tuberculose.*

Mais la nécropsie révéla encore l'existence d'une *symphyse cardiaque, complète et tuberculeuse*, ce que nous n'avions pas même soupçonné.

Dans ce cas, *plusieurs ponctions d'ascite ou paracentèses* durent être par nous pratiquées. Non seulement elles *ne soulagèrent* le malade *que faiblement et momentanément*, non seulement l'*ascite se reproduisit très vite;* mais, chose plus curieuse à notre avis, la *diurèse* n'en fut pour ainsi dire *pas modifiée* et, ce qui nous frappa encore plus, si c'est possible, l'*œdème*

(1) L. Baumel et Abadie. — Un cas de cirrhose cardio-tuberculeuse, chez l'enfant. Montpellier Médical, 1901.

des membres inférieurs, toujours *plus accusé à droite*, n'en fut *en aucune façon atténué*.

L'*examen anatomo-pathologique*, fait par mon collègue M. le professeur Bosc, *confirma la nature tuberculeuse de la symphyse péricardique* et révéla l'existence de *points de sclérose dans l'intérieur du foie* (1).

On nous objectera peut-être que ce tableau est plutôt celui de la symphyse du péricarde, que celui de la maladie à laquelle M. le Professeur Hutinel a attaché son nom.

Si nous en jugeons par ce que nous avons vu dans un cas de symphyse péricardique de nature rhumatismale, diagnostiqué et traité comme tel par nous-même, le tableau clinique, sans être absolument dissemblable, présentait cependant quelques différences.

Le *foie* était un peu *moins volumineux*, dans ce second cas; l'*œdème des membres inférieurs*, toujours prédominant à droite, était *moins marqué*. Mais ce qui pouvait différencier les deux cas, à part ces faibles nuances, c'est l'*atrophie du cœur dans la symphyse* péricardique *tuberculeuse*, son *hypertrophie*, révélée par le tracé sphygmographique (2), *dans la symphyse rhumatismale*. C'est d'ailleurs ce que l'on signale comme *commun*, nous pourrions même dire *constant*, dans ces deux symphyses si différentes.

Les *symptômes cardiaques*, pour être peu marqués ou peu intenses dans la cirrhose cardio-tuberculeuse, n'en existent pas moins.

Sans parler de l'*œdème des membres inférieurs* moins considérable et de l'*ascite moins abondante*, qui semblent plutôt se rattacher à l'*état du foie*; sans parler de l'*albuminurie*, que nous avons notée plusieurs fois et qui peut reconnaître la *double origine, hépatique ou cardiaque;* nous *insisterons* plus particulièrement sur la *cyanose, surtout marquée aux extrémités et à la face, aux lèvres en particulier;* ainsi que sur les *bruits pathologiques, observés dans l'auscultation du cœur.*

(1) Baumel et Abadie, loco citato.
(2) Voir la figure 37.

Nous ne pourrions ici que nous répéter, en reproduisant, à ce sujet, la description que nous avons faite, quand nous nous sommes occupé de la symphyse cardiaque. Nous n'y reviendrons pas. Nous ne pouvons, pour cette étude, que renvoyer au chapitre qui a été consacré à cette maladie.

En l'*absence de toute lésion tuberculeuse appréciable actuellement*, comme dans le cas qui nous est personnel et *où s'est révélée à la fin la tuberculose sous forme de méningite*, c'est dans les *antécédents personnels ou héréditaires* du petit malade, dans les *notions acquises sur son entourage direct aux divers moments de son existence* et, plus particulièrement, dans les dernières années qui ont précédé sa maladie ; c'est, en un mot, dans les *commémoratifs*, que l'on puisera les éléments d'appréciation capables de conduire à un *diagnostic précis*, non seulement *de lésion*, mais encore et surtout de *nature*.

Tels ont été nos deux cas, signalés plus haut, où nous trouvions, dans l'un (tuberculeux), l'histoire antérieure d'une *fièvre* avec *toux* difficiles à expliquer ; dans l'autre (rhumatismal), une *atteinte de rhumatisme articulaire aigu*, survenue quelques mois auparavant.

Dans le premier, même, étant donnée l'origine du jeune malade (Cette), nous nous sommes demandé si la *fièvre*, signalée quelque temps auparavant, n'était pas de nature *paludéenne* et si la *lésion hépatico-splénique* n'était pas liée elle aussi à l'*impaludisme*. Nous dûmes renoncer bien vite à une telle manière de voir, en présence des phénomènes thoraciques mentionnés et en l'absence des caractères propres à la fièvre intermittente.

Diagnostic. — Le diagnostic découle tout naturellement, nous semble-t-il, de la description que nous venons de faire.

On ne pourra prendre la *cirrhose cardio-tuberculeuse* que pour une *maladie de foie, peu ordinaire*, ou pour une *maladie de cœur, peu accusée en apparence, mais ayant amené toutefois l'asystolie*.

Le *tableau clinique* d'un malade atteint de cirrhose cardio-tuberculeuse est véritablement *caractéristique*. Il suffit de

l'avoir observé une fois, pour le reconnaître, ensuite, facilement.

Tout médecin, non prévenu de la possibilité de l'existence, chez l'enfant, d'une telle maladie, sera porté à diagnostiquer, *tantôt une maladie du foie*, *tantôt au contraire une maladie du cœur*, *suivant* en effet *que prédomineront les symptômes hépatiques*, ce qui est la règle, ou les *troubles cardiaques*, ce qui est infiniment plus rare.

Pronostic. — Le pronostic est toujours grave. La mort est la conséquence habituelle des troubles,circulatoires, hématosiques et de nutrition, résultant de l'état que nous venons de décrire, sans parler de la *généralisation,* à un moment donné, *de la tuberculose* elle-même ou de la survenance de l'une de *ses nombreuses et graves localisations* possibles (méningite, etc.).

Traitement. — Le traitement est *tout palliatif.*

Le *régime lacté exclusif* est imposé par l'état du *foie* et par celui du *cœur*, par l'*albuminurie* (habituellement faible sans doute, mais presque toujours coexistante ou consécutive), par l'*œdème* des membres inférieurs, par l'*ascite*, enfin par l'*anasarque.*

L'ascite, en raison de son abondance, nécessitera parfois la *paracentèse abdominale* et même, par sa reproduction facile, la répétition fréquente de celle-là. Le *bénéfice* qu'on en retirera, généralement *faible*, ne sera que *momentané.*

Les *toniques du cœur* (digitale en tête) seront indiqués bien souvent, dans ces cas, lorsque surtout, à leur *action toni-cardiaque*, ils pourront joindre leur *effet diurétique.*

Les *diurétiques simples* (le convallaria maïalis en particulier) pourront, à leur tour, être de quelque utilité. Mais, *étant donnée la symphyse péricardique*, leur *action* sera *toujours très limitée.*

Enfin les *médicaments spécifiques* (carbonate de gaïacol, cacodylate de soude, méthylarsinate), dirigés contre la tuberculose elle-même, pourront être avantageusement employés.

7me Section. — MALADIES DE L'APPAREIL GÉNITO-URINAIRE

I. — Néphrites

Définition. — La néphrite est l'*inflammation du rein.*

Étiologie. — Les causes de la néphrite sont *nombreuses* chez l'enfant. Elles sont surtout d'*ordre infectieux*, mais aussi d'*ordre toxique.*

La plupart des maladies aiguës, infectieuses (pneumonie, fièvres éruptives, scarlatine surtout, fièvre typhoïde, tuberculose même), la déterminent assez facilement.

Nous y ajouterons l'*alcoolisme* (usage habituel de liqueurs ou même de vin pur), l'application et l'abus de *vésicatoires* (néphrite cantharidienne) ou l'administration de *médicaments* susceptibles de la déterminer par leur élimination rénale (acide *salicylique*, salicylates, etc.).

Symptomatologie. — L'*albuminurie* en première ligne, puis les *œdèmes persistants* et siégeant de préférence *à la face et aux paupières*, quoique susceptibles d'une *généralisation plus grande*, sont les *deux symptômes cardinaux* qui doivent faire penser à l'existence d'une néphrite.

Et d'abord l'*albuminurie.* Dans tous les cas précités de maladie infectieuse ou toxique, aiguë ou chronique, le *pédiâtre doit systématiquement pratiquer l'analyse des urines*, pour dépister une albuminurie ou une néphrite commençante.

C'est alors surtout que l'on a des chances de la guérir et non point lorsque des lésions irrémédiables se seront établies dans le rein.

C'est *principalement dans la scarlatine* que l'urine doit être examinée avec le plus grand soin, à ce point de vue, non

seulement au *début* et pendant l'*état aigu ou fébrile*, mais encore *pendant la convalescence* et durant *plusieurs semaines, sinon plusieurs mois consécutifs* ; non pas que l'analyse doive être faite tous les jours, mais *deux fois par semaine, au moins, pendant la fièvre ; tous les huit jours, pendant le premier mois d'apyrexie ;* enfin *une* ou *deux fois, pendant les deux ou trois mois suivants.*

Et, même plus tard, quand le malade sera atteint de néphrite ou d'albuminurie, dites *a frigore* ou survenant dans le cours d'une *autre maladie* infectieuse, on devra se rappeler que le malade a eu, à telle époque, la scarlatine.

On s'expliquera, de la sorte, bien des cas, qui seraient, sans cela, inexplicables, en pathologie rénale. Il en est ainsi, nous l'avons vu, de beaucoup d'endocardites ou de lésions cardiaques, qui remontent à une pareille origine et qui resteraient à l'état d'énigme pathologique, sans cette interprétation pathogénique, qui est la vraie; l'unique, même, dans certains cas.

Nous ne voulons point dire que toutes les maladies infectieuses ou toxiques produisent fatalement et nécessairement la néphrite et l'albuminurie ou l'endocardite. Mais les cas de ce genre, restés longtemps méconnus, sont extrêmement nombreux, si nous en jugeons par nos propres observations. C'est pourquoi nous insistons volontiers sur l'importance de cette exploration, du côté des urines, aussi nécessaire, à notre avis, pour juger de l'état d'intégrité ou de maladie du filtre rénal, que l'auscultation, au point de vue des appareils respiratoire et circulatoire.

C'est surtout dans l'enfance, en effet, que se produisent, dans les circonstances précédentes et dans bien d'autres encore (maladies cardio-pulmonaires, diphtérie, intoxications diverses, médicamenteuses ou accidentelles), certains *états albuminuriques légers*, qui, par leur *persistance* même, témoignent d'une *altération, peu profonde c'est possible, mais chronique*, de l'organe. Un rien (le froid, une maladie nouvelle, une alimentation vicieuse, l'usage du vinaigre ou du poivre, une médication particulière) vient tout à coup aggraver ou révéler

cette lésion, alors que, depuis longtemps, elle existait *latente* et, nous pouvons le dire, *insoupçonnée*.

Le rein, *ainsi touché* pathologiquement par une cause première et plus ou moins ancienne, est admirablement disposé à l'être, *plus profondément* encore, par une des causes qui sont susceptibles de l'intéresser et que nous avons énumérées en partie, quand cette cause vient agir à une certaine distance, à une époque plus ou moins éloignée, de la première.

Le *mal de Bright* (néphrite parenchymateuse ou gros rein blanc), bien dénommé sans doute au point de vue de l'auteur qui, le premier, en a décrit les altérations, l'est peut être moins bien au point de vue clinique ; car, pour nous, il est *un résultat* (1), le plus souvent *incurable*, comme la *néphrite interstitielle* (petit rein rouge), qu'on lui oppose généralement.

S'il est important de savoir, au point de vue de l'anatomie pathologique, quelles sont les *altérations différentes*, que l'on observe dans les deux cas ; s'il est utile de connaître la *glomérulite scarlatineuse, décrite par Charcot ;* il est bien plus intéressant, *en clinique*, d'approfondir la *physiologie pathologique* ou, mieux encore, la *pathogénie* de ces divers états, afin de pouvoir les conjurer, bien avant leur production définitive, sans pour cela méconnaître l'intérêt qui s'attache à leur *diagnostic* et à leur *pronostic*, une fois qu'ils se sont produits.

L'*examen microscopique du dépôt urinaire* devra être pratiqué toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'une albuminurie ; car, la présence de l'albuminurie seule, si elle indique généralement l'existence d'une néphrite, peut tenir à d'autres causes telles que la présence, dans les urines, de *pus*, de *sang*, reconnaissant même des *origines* diverses (urèthre, vessie, uretères, etc.).

Lorsqu'au contraire on y rencontre des *cylindres épithéliaux, hyalins*, des *cellules de l'épithélium rénal*, de l'*albumine rétractile*, l'on se trouve réellement en présence d'une

(1) Sinègre. — Les néphrites chroniques, consécutives à des maladies infectieuses aiguës, chez l'enfant. Thèse de Montpellier, 1893.

néphrite. L'albuminurie qui provient du rein doit toujours faire penser à une *altération, au moins fonctionnelle*, du filtre rénal.

Nous ne dirons rien des *douleurs lombaires*, que les enfants, même grandets, n'accusent d'ordinaire que lorsqu'on les interroge à ce point de vue et encore ne peut-on pas, même alors, trop compter sur leur dire, que leur réponse soit d'ailleurs positive ou négative, à cet égard.

Les *œdèmes*, lorsque l'albuminurie est déjà ancienne ou tant soit peu intense, ne tardent pas à se produire.

Sauf lorsqu'ils envahissent *la face* et surtout les *paupières, au début*, ils n'ont pas une grande importance diagnostique ; car, s'ils amènent le pédiâtre à pratiquer l'examen des urines, à supposer qu'il ne l'ait point fait jusque-là, ils peuvent aussi être la conséquence de l'état cachectique lui-même autant que de l'albuminurie, souvent ancienne au moment de leur production.

Sans insister sur la *rétinite albuminurique*, les *palpitations*, les *étouffements*, les *migraines*, qui peuvent survenir *au cours d'une albuminurie*, dont ils sont parfois les premiers indices, nous devons signaler, parmi les *complications les plus redoutables* que l'on peut voir se produire, l'*éclampsie et l'urémie*, quelle que soit celle des *trois formes* de cette dernière qui prédomine : *cérébrale*, *thoracique* ou *abdominale*.

On a signalé dans ces derniers temps, en pédiâtrie, une *albuminurie cyclique* ou *intermittente*, qui n'a lieu que lorsque le malade est levé et qui disparaît, au contraire, par le décubitus (Dauchez) (1).

Diagnostic. — Le diagnostic de néphrite ou d'albuminurie *aiguë* est difficile, pour quiconque ne songe point à la dépister ; très facile, au contraire, pour le pédiâtre avisé, qui la recherche aussi souvent qu'elle est susceptible de se produire.

Dans la forme *chronique*, il existe le plus souvent quelques symptômes révélateurs (migraines, palpitations, suffo-

(1) Dauchez. Congrès international de Médecine. Section de Pédiâtrie, Paris, 1900.

cation, œdèmes cutanés ou profonds), qui ne tardent pas à mettre sur la voie le médecin, même le moins expérimenté.

La *polyurie* s'observe, avec la néphrite interstitielle ; l'*anurie* ou la *dysurie*, avec la néphrite épithéliale.

La *pollakiurie* (Dieulafoy) est le fait de l'albuminurie.

Il en est de même de la sensation du *doigt mort*, etc.

Pronostic. — Le pronostic est toujours grave, même dans les formes les plus atténuées et les plus précoces, en raison de la difficulté, qui existe le plus souvent, à en débarrasser définitivement le petit malade et de la facilité avec laquelle, à la moindre occasion, survient la récidive ou se produit l'aggravation.

Il est grave surtout quand l'inflammation, déjà ancienne, a pris droit de domicile et qu'elle a déterminé, dans le rein, des lésions incurables et le plus souvent mortelles à plus ou moins brève échéance.

Traitement. — Le traitement est surtout *diététique* et réside, presque exclusivement, dans le *régime lacté absolu.*

Les *toniques, généraux et cardiaques*, les *reconstituants* (fer, phosphate de chaux, arséniate de soude), les *diurétiques*, trouvent bien, parfois, ici leurs indications ; mais elles sont d'ordre absolument secondaire.

Il en est de même du *chloral hydraté*, des *bains chauds* et de la *saignée*, générale ou locale, dans l'éclampsie et les accidents urémiques.

II. — Cystite

Définition. — La cystite est l'*inflammation de la vessie.*

Étiologie. — Les causes de la cystite, chez l'enfant, sont d'ordre *infectieux*, *toxique*, *diathésique* ou *thérapeutique.*

De toutes les *maladies infectieuses*, celle qui, à part la *blennorrhagie*, produit le plus souvent la cystite, est certainement la *tuberculose.*

La cystite tuberculeuse est *rare* cependant. Nous ne l'avons observée qu'une seule fois.

Parmi les *causes toxiques*, l'*alcoolisme* joue évidemment le rôle prépondérant, au point de vue pathogénique.

L'alcoolisme est plus commun qu'on ne pense, chez l'enfant. Tantôt celui-ci, fils d'alcoolique, n'est point surveillé à cet égard; tantôt il n'est soumis à l'alcoolisme que tout-à-fait accidentellement; tantôt enfin, à titre *thérapeutique*, il reçoit, sous forme de potion alcoolique ou de vin de quinquina, de l'alcool, que ses organes (estomac, cœur, cerveau, rein, vessie) supportent plus difficilement encore que ceux de l'adulte, si c'est possible.

Parmi les causes *diathésiques*, nous signalerons l'*uricémie* produisant la goutte, la gravelle, la pierre ou calcul vésical, dont l'origine ordinaire, chez l'enfant, est, comme chez l'adulte, dans une mauvaise hygiène alimentaire (régime trop carné, insuffisance de boissons aqueuses, usage de l'oseille, abus de boissons alcooliques, de vin pur, de thé, de café, etc.).

Enfin, parmi les *causes médicamenteuses*, nous signalerons aussi la *cantharide*, absorbée à la suite de l'application d'un vésicatoire. Il est rare que chaque application vésicante, de ce genre, ne soit point suivie de *symptômes urinaires* (albuminurie, dysurie, cystite, mictions fréquentes et douloureuses).

Symptomatologie. — Tout enfant atteint de cystite a des *envies fréquentes d'uriner* (*pollakiurie*). Mais, s'il urine souvent, il *urine peu* à la fois; c'est ce qui distingue la *pollakiurie* de la *polyurie*.

Les mictions sont, suivant la cause de la cystite, plus ou moins douloureuses. Très intense dans la maladie de la pierre, la douleur est moins vive dans la cystite tuberculeuse, moins encore dans la cystite alcoolique ou même cantharidienne.

Éphémère dans ces deux derniers cas, comme les causes qui l'ont produite, l'inflammation vésicale est durable, au contraire, dans les deux premiers.

Habituellement les urines, quand on les laisse reposer pendant un certain temps, abandonnent, dans la cystite, un dépôt au fond du vase qui les contient; dépôt que l'on aperçoit bien

surtout, quand on les recueille dans un *récipient transparent* (bocal, verre à pied).

Ce dépôt est-il léger ? Il prend l'aspect d'un *nuage plus ou moins épais*, qui trouble, peu ou prou, la transparence de la partie inférieure du liquide. Ce nuage est constitué, le plus souvent, par des *mucosités* plus ou moins denses et abondantes.

Fréquemment et pour peu que la cystite passe à l'état chronique ou dure un certain temps, il ne tarde pas à s'ajouter, au nuage précédent, un *dépôt blanc-grisâtre*, occupant la *partie tout à fait inférieure* du récipient, qui contient l'urine.

La couche de ce dépôt est plus ou moins épaisse et va de un millimètre à un centimètre ou même plus, variant, d'ailleurs, pour une même urine, *suivant la surface du fond du vase* qui la contient.

Sa nature est *purulente* ou *phosphatique* (phosphate ammoniaco-magnésien). Soupçonnée par le clinicien expérimenté, elle est révélée par l'*examen microscopique* du dépôt.

L'*hématurie*, elle-même, peut être observée. On la rencontre, de préférence, dans les cystites calculeuse et tuberculeuse.

Tous ces symptômes urinaires ont besoin, chez l'enfant surtout, d'être recherchés avec le plus grand soin. Il est nécessaire, en quelque sorte, qu'on aille au-devant d'eux, sans attendre qu'ils viennent s'offrir spontanément à l'attention de l'observateur ou que le petit patient les accuse, surtout sans interrogatoire préalable.

S'il est des malades, qui attachent peu d'importance aux symptômes qu'ils ont pu présenter précédemment, même du côté d'un organe actuellement lésé, ce sont bien les enfants. Aussi le pédiâtre fera-t-il preuve de sagacité et de science en poussant l'interrogatoire dans la direction qui lui paraîtra la plus propice à lui fournir les renseignements qui lui sont nécessaires ; du côté, enfin, où il croira devoir recueillir plus exactement et de façon plus précise les symptômes antérieurs, les commémoratifs en un mot, qui lui sont indispensables à connaître et qui doivent, en fin de compte, le conduire au véritable diagnostic.

C'est surtout en matière de clinique urinaire, chez l'enfant, que le pédiâtre devra procéder avec une méthode rigoureuse : interrogeant non seulement le malade, s'il est à même de renseigner, mais encore l'entourage le plus direct ; posant, dans un cas comme dans l'autre, les mêmes questions de façon différente, pour voir s'il obtient toujours les mêmes réponses, positives ou négatives.

J'ai vu tout récemment un enfant de 15 ans, malade depuis 7 ans, atteint d'une *lordose très prononcée* et se plaignant de *douleurs* à la base de la colonne vertébrale et dans la verge. Un *gros calcul*, insoupçonné jusque-là par les nombreux confrères qui l'avaient visité avant moi, était la cause unique de ces symptômes Ce malade, opéré par M L. Imbert, à qui je l'adressai, de la taille hypogastrique, est actuellement tout à fait guéri (1).

Diagnostic. — Il ne suffit pas de constater qu'un petit malade *urine souvent, peu à la fois*, et que sa *miction* est *plus ou moins douloureuse*, pour être autorisé tout de suite à porter le diagnostic de cystite.

Nous verrons plus loin la *vulvo-vaginite*, chez la jeune fille, quelle qu'en soit la nature, les *adhérences balano-préputiales* et la *balano-posthite*, chez le petit garçon, s'accompagner de *douleurs au moment de la miction.*

Nous avons vu *bien des erreurs de ce genre commises, faute de pratiquer un examen direct et minutieux des organes génito-urinaires externes, dans l'un comme dans l'autre sexe.*

Il suffit d'être prévenu de la possibilité d'une semblable erreur, nous semble-t-il, pour faire, chaque fois, cet examen, qui la rendra facile à éviter.

Quand on a reconnu que l'on se trouve en présence de *phénomènes vésicaux proprement dits* et de *symptômes positifs de cystite*, il restera à déterminer la *nature* de celle-ci.

Un *vésicatoire* a-t-il été appliqué, pour une raison quel-

(1) L. Imbert. Calcul vésical à symptomatologie anormale (Communication faite à la sixième session de l'association française d'Urologie, Paris 1902).

conque, pendant les quelques jours qui ont précédé l'apparition de ces symptômes ? L'enfant a-t-il, par habitude ou exceptionnellement, absorbé de l'*alcool*, sous une forme ou sous une autre, à titre même de médicament ? L'interprétation de ces symptômes devient relativement aisée.

Y a-t il eu précédemment des *coliques néphrétiques* (nous les avons observées chez le *fils d'un alcoolique épileptique, alcoolique lui-même) ?* On se rendra facilement compte de la *pathogénie* des accidents.

L'enfant est-il atteint de *calcul vésical ?* Le cathétérisme de la vessie, avec une sonde métallique, viendra généralement dissiper tous les doutes.

Deux fois, dans un même cas, nous avions affirmé la présence d'un calcul, dans la vessie d'un enfant âgé de 12 ans, puis de 14. Deux chirurgiens, appelés à le cathétériser après nous, ne purent affirmer son existence. Le second, même, pratiqua la taille périnéale dans ces conditions, pensant soulager l'enfant, alors même qu'il n'y aurait point de calcul dans la vessie. Grande fut sa surprise d'y en trouver un qu'il enleva, mais que le cathétérisme ne lui avait point révélé, et, dès ce jour, le malade, qui souffrait depuis 8 ans environ, fut définitivement guéri. Nous avons cité plus haut l'exemple de cet enfant de 15 ans, malade depuis 7 ans et qui, atteint d'une lordose des plus prononcées, avait été vu par bien des médecins, lesquels n'avaient nullement songé à la présence d'une pierre dans la vessie. Cette pierre, grosse et adhérente, une fois enlevée par la taille hypogastrique, le malade fut entièrement guéri, même de sa lordose, toute symptomatique, pour laquelle on avait songé à le mettre dans une gouttière, alors cependant que le *décubitus dorsal était absolument impossible* et que le petit malade, assis sur un canapé, était même dans *l'impossibilité absolue de s'appuyer au dossier*, bien que la compression du périné à l'aide de la main ne provoquât aucune douleur.

Pronostic. — Le pronostic varie suivant la nature de la cystite en présence de laquelle on se trouve. Seule la *cystite*

tuberculeuse, qu'on ne rencontre que très rarement, nous paraît devoir comporter un pronostic *des plus graves*.

Traitement. — Sans parler de la *cystite calculeuse*, qui nécessite une *intervention chirurgicale et le plus souvent la taille hypogastrique*, la cystite fournit une première indication diététique, qui est le *régime lacté exclusif*.

Contre la cystite elle-même, l'usage des *balsamiques* et, en particulier, *de la térébenthine* est parfaitement indiqué.

Les *bains généraux, tièdes ou chauds, fréquemment répétés* (tous les jours ou tous les deux jours), sont des plus utiles.

Si, des *ulcérations* s'étant produites dans la vessie même ou au niveau du col de cet organe, il en résultait des douleurs insupportables, les *lavements laudanisés* (1 à 5 gouttes suivant l'âge de l'enfant), les *suppositoires à l'extrait de belladone* (3 à 5 centigrammes), les *sédatifs*, en un mot, seraient avantageusement prescrits, dans ces cas.

III. — Incontinence nocturne d'urine

Définition. — L'incontinence d'urine est une maladie caractérisée par la *perte involontaire des urines, sans lésion*, apparente du moins, *de l'appareil urinaire*.

Elle est principalement *nocturne* ; mais aussi *diurne, dans certains cas*.

Étiologie. — Bien des théories ont été émises pour expliquer l'incontinence nocturne d'urine, dans l'enfance.

Pour les uns, elle serait due à la *paresse* de certains enfants, qui, au lieu de se lever, principalement l'hiver, pour satisfaire le besoin d'uriner, préfèrent évacuer leurs urines dans leur couche ; pour d'autres, ce serait la *peur* qui, la nuit, retiendrait ainsi les enfants dans leur lit, quand se fait sentir le besoin de la miction ; pour d'autres enfin, ce serait le *sommeil trop profond*, qui empêcherait les enfants de s'éveiller à temps pour sentir et satisfaire le besoin.

Le Dr Edmund Owen (1), dans son remarquable ouvrage de chirurgie infantile, déclare que lui-même a été atteint de ce mal.

Il insiste sur ce fait que l'incontinence d'urine, chez l'enfant, *est bien une maladie* et non point une simple paresse, comme le prétendent certains auteurs.

Ce témoignage est sans doute fort précieux à enregistrer; mais, il n'explique pas la *pathogénie* de l'incontinence d'urine, pour laquelle les divers auteurs sont encore en désaccord.

Lisons la remarquable leçon clinique de Trousseau sur ce sujet et nous y verrons que, pour les uns, il s'agit d'une *parésie* ou *paralysie du sphincter vésical*; pour les autres et pour Trousseau lui-même, c'est surtout une *hyperexcitabilité vésicale et réflexe urinaire* qui est en jeu.

Nous sommes absolument de l'avis de Trousseau. qui n'a qu'un tort, à notre sens, c'est de proclamer *notre ignorance en matière pathogénique et étiologique de l'incontinence nocturne d'urine, chez l'enfant.*

Sa leçon pourrait être faite, aujourd'hui encore, telle qu'elle a été conçue et formulée. *Seule, la question étiologique doit être précisée et ajoutée.*

S'il s'agissait d'une paralysie sphinctérienne, l'urine devrait s'écouler goutte à goutte, plus encore le jour que la nuit, en raison de la déclivité de l'orifice vésical de l'urèthre, plus grande,dans la station debout ou assis,que dans le décubitus dorsal ou latéral. Or, ce n'est point ainsi que les choses se passent, d'ordinaire.

Pendant le jour, le *besoin*, lorsqu'il se fait sentir, est *pressant. Les petits malades ne peuvent pas toujours arriver à destination* et. alors, ils urinent dans leur chemise, mouillent leurs culottes ou leurs jupes; *la nuit, ils n'ont pas le temps de s'éveiller, que leur besoin est satisfait.*

Il s'agit donc bien là de *réflexes urinaires exagérés.*

(1) Edmund Owen (de Londres). Traité pratique de chirurgie infantile, 2e édition. traduite et augmentée par le Dr O. Laurent (de Bruxelles), Paris, G. Steinheil, 1891, page 459.

M. Guinon invoque l'intervention de ce qu'il appelle le *névrosisme*. Il nous reste à en pénétrer la cause intime.

En observant attentivement les petits malades, atteints d'incontinence nocturne ou diurne, on s'aperçoit bien vite qu'il s'agit d'enfants en *évolution dentaire*.

L'*exagération des réflexes*, nous l'avons dit il y a déjà longtemps (1) et plusieurs de nos élèves (2) ont depuis corroboré cette idée qu'ils ont appuyée sur de nouveaux faits, *est tout simplement la conséquence de l'excitation médullaire, générale et surtout supérieure, qui résulte elle-même de l'évolution dentaire* c'est-à-dire de l'*excitation* plus ou moins intense *des filets terminaux du trijumeau, transmise à la moelle et surtout à sa partie supérieure, au niveau de l'origine réelle de ce nerf, une des plus vastes et des plus étendues que nous connaissions.*

Symptomatologie — Un enfant *mouille son lit*, toutes les nuits; souvent, même, plusieurs fois par nuit ; parfois, seulement à plusieurs jours d'intervalle. Voilà le *premier symptôme* qui attire l'attention.

Si l'on y prend tant soit peu garde, on s'apercevra bien vite que *cette incontinence d'urine, en apparence exclusivement nocturne, est, aussi, plus ou moins diurne.* Le pantalon, s'il s'agit d'un petit garçon, la jupe, s'il s'agit d'une fillette, en portent les *traces* indélébiles, encore humides ou sèches, indépendamment de l'*odeur* particulière et *sui generis*, qui s'en exhale. Ce symptôme a besoin toutefois d'être recherché attentivement.

Ce qui frappe le plus, à notre avis, dans l'incontinence d'urine, c'est que, *chez un enfant, qui n'avait pas l'habitude de mouiller son lit d'ordinaire, tout à coup se produit l'incontinence nocturne* avec une *certaine intensité* (plusieurs fois par nuit) et une *certaine persistance* (pendant des *semaines* ou des *mois*), et cela, *quelle que soit la saison* (été ou hiver)

(1) L. Baumel. — Incontinence nocturne d'urine, in Leçons cliniques sur les maladies des enfants. Paris, Masson, 1893.

(2) Stefanini. — Thèse de Montpellier 1900, et Fosso (idem) 1902.

dans laquelle on se trouve, *quelle que soit la quantité* (considérable ou faible) *de liquides ingérés*. Fait important à noter, *après avoir duré des semaines ou des mois*, l'incontinence nocturne d'urine *disparaît aussi facilement*, *aussi rapidement*, *qu'elle s'était établie*.

Le plus souvent toutefois, *avant d'être débarrassé*, au moins pour un laps de temps plus ou moins long, de son infirmité, le petit malade *mouille d'abord son lit moins qu'à l'ordinaire;* une fois par nuit, au lieu de plusieurs; tous les deux ou trois jours et non pas quotidiennement; puis, enfin, plus du tout.

Après un *répit de plusieurs mois*, sinon de plusieurs années, les *mêmes accidents peuvent se reproduire*, avec une *égale intensité* et une *durée aussi longue*.

Comment interpréter ces *récidives*, sinon par l'*évolution de groupes dentaires nouveaux*, produisant l'excitation médullaire et l'exagération des réflexes urinaires, comme précédemment?

Comment expliquer leur *cessation*, sinon par l'*apaisement de cette excitation médullaire*, prenant fin avec l'évolution précitée?

C'est par une observation attentive et suivie de ces accidents urinaires, dans leur rapport avec l'évolution dentaire elle-même, que l'on se rendra compte, définitivement et pour jamais, des relations intimes qui unissent les premiers à la seconde.

Cette opinion est faite, pour nous, depuis longtemps. Elle sera certainement partagée par quiconque voudra, comme nous, saisir les relations de cause à effet, qui existent entre l'évolution dentaire et l'incontinence nocturne d'urine, chez l'enfant; incontinence dont la pathogénie et l'étiologie ne sont plus de nos jours, on le voit, aussi obscures que le déclarait hautement Trousseau à son époque.

Nous ne parlerons pas de l'incontinence d'urine que l'on observe, presque *normalement*, chez les enfants âgés de *moins de deux ans*.

Nous ferons remarquer, toutefois, que c'est de 5 à 10 ans que l'on observe le plus de cas d'incontinence nocturne

(premières dents de remplacement et évolution de la dent de 7 ans).

Diagnostic. — Rien n'est plus facile, d'après la description précédente, que le diagnostic de l'incontinence d'urine, nocturne ou diurne, chez l'enfant.

Une seule cause d'erreur peut se glisser dans l'interprétation des faits, c'est lorsque, comme nous l'avons observé dans un cas, chez une *jeune fille hémiplégique de 14 ans*, on se trouvera en présence d'une *véritable paralysie du sphincter vésical.*

L'urine, dans ce cas, est déversée au dehors *goutte à goutte et d'une façon presque continue, aussi bien la nuit que le jour.* Cette *incontinence paralytique* de l'urine, *exceptionnelle chez l'enfant*, ne ressemble que de très loin à celle qu'on observe d'ordinaire et que nous avons décrite plus haut.

Pronostic. — Le pronostic est toujours bénin. *Nous n'avons pas vu un seul cas, quelqu'intense qu'il fût* d'ailleurs, *résister au traitement* que nous indiquons ci-dessous.

Pour *juger de l'amélioration spontanée ou thérapeutique du mal*, nous faisons dresser un *tableau* ainsi composé : *sur une ligne verticale* se trouvent les *quantièmes du mois*, depuis 1 jusqu'à 31, et, *en face, suivant que le malade a ou non mouillé son lit* ce jour-là, *le signe + ou —*. D'un coup d'œil, on embrasse ainsi plusieurs mois de traitement et l'on juge beaucoup plus aisément des modifications survenues.

Traitement. — Le traitement consiste : 1° à réduire la quantité de liquides ingérés, seulement au repas du soir (une timbale. d'eau et de vin, est la ration habituelle) ; 2° à faire lever l'enfant, une ou plusieurs fois la nuit (suivant l'intensité de l'incontinence), à des heures fixes (minuit, 3 heures, 6 heures du matin, d'ordinaire) ; 3° à faire prendre, au petit malade, *1 pilule de Trousseau* (extrait de belladone 1 centigramme, poudre de belladone 2 centigrammes), le soir en le couchant. Tous les 8 jours on peut en augmenter la dose, suivant l'âge et la tolérance individuelle que l'on apprécie par la dilatation pupillaire, et cela, jusqu'à la dose de 5, 10, 15 et même 20 centigrammes, d'après Trousseau.

Le phosphate de chaux est parfaitement indiqué et utile dans ces cas.

IV. — Adhérences balano-préputiales. Balanoposthite. Phimosis.

Définition. — Les adhérences balano-préputiales sont des *adhérences, d'ordinaire épithéliales, du prépuce avec le gland.*

Elles sont très probablement *congénitales*, au moins dans l'immense majorité des cas.

Historique. — Elles ont été décrites pour la première fois par Bokaï (1). On en trouve une courte description dans l'ouvrage de Baginski (2).

Certains chirurgiens français parlent bien d'adhérences du gland au prépuce, à propos de l'opération du phimosis ; mais, c'est tout.

En 1879, nous en avons observé un cas peu commun, chez un professeur de collège à la veille de son mariage. *Elles étaient plus qu'épithéliales, organisées, fibreuses.* Nous dûmes recourir à la ligature élastique pour les rompre (3). Nous ne nous expliquions pas, à cette époque, leur vraie nature et leur véritable origine.

Edmund Owen (de Londres), dans son traité relativement récent de chirurgie infantile, ne les mentionne nullement.

Symptomatologie. — Chez un enfant, quel que soit son âge, si l'on constate un certain degré *d'érection de la verge*, au moment où on le découvre pour l'examiner au point de

(1) Bokaï, cité par Baginski (de Berlin), voir ci-dessous.

(2) Baginski. Traité des maladies des enfants. Traduit sur la 4e Edit. par Guinon. Paris. Steinheil, 1892, T. II, page 560.

(3) Baumel. Leçon sur les adhérences balano-préputiales chez l'enfant, in *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, Paris 1896, page 443.

(4) Edmund Owen. Chirurgie infantile, 1899, déjà cité,

vue d'une maladie quelconque, *on doit s'assurer qu'il n'existe point d'adhérences balano préputiales.*

Il est souvent *nécessaire*, pour déceler leur existence, de *découvrir entièrement le gland* (ce qui n'est pas toujours aisé en raison de l'étroitesse ordinaire de l'orifice préputial dans le tout jeune âge), parce que leur *siège de prédilection est à la base de cet organe.* Elles occupent *tout ou partie de la circonférence de celui-ci, s'étendant plus ou moins vers sa partie antérieure, sans toutefois jamais atteindre le méat urinaire ;* mais, s'en rapprochant dans certains *cas rares*, où les *adhérences sont très étendues.*

Ce n'est pas seulement l'*érection*, persistante ou momentanée, qui doit mettre sur la voie d'un tel diagnostic, c'est encore la *dysurie,* ou mieux, la *douleur éprouvée au moment de la miction.*

Dans la leçon que nous avons publiée sur ce sujet, nous citons le cas d'un enfant de deux ans, qui avait été vu successivement par trois médecins, lesquels avaient conclu à l'existence d'une *cystite* et, même, d'un *calcul vésical.*

Le *simple examen de la verge*, dans notre cabinet où l'on nous apporta ce malade (examen que n'avait pratiqué *aucun des praticiens* auxquels il avait été soumis), nous révéla l'existence, non seulement d'une *érection* assez forte, mais d'une *balano-posthite* très intense et, surtout, d'*adhérences balano-préputiales* fort étendues, *qui furent facilement rompues, séance tenante.* A partir de ce moment, l'enfant fut, définitivement et radicalement, guéri.

Quant au diagnostic de calcul vésical, qui avait été porté dans ce cas, il était d'autant plus rationnel, en apparence du moins, que *l'enfant souffrait toutes les fois qu'il urinait*, que l'on avait même remarqué, chez lui, un symptôme assez habituel en l'espèce et qui consiste à voir le petit malade *cesser d'uriner tout d'un coup, pour reprendre un instant après.* Le jet de l'urine s'arrête, en effet, brusquement et momentanément, pour se reproduire peu de temps après, aussi bien dans le cas d'adhérences balano-préputiales que dans celui de calcul vésical. Or c'est là, on le sait, un symptôme que

nos maîtres en chirurgie nous donnaient comme presque *pathognomonique* du calcul vésical.

Mais dans le cas d'adhérences, à l'inverse de ce qui se passe dans la maladie précédente, l'*arrêt de la miction* est *volontaire* et *causé par la douleur* provoquée par *le passage et le séjour des urines dans un prépuce ainsi enflammé.*

Aussitôt la douleur ressentie, instinctivement le petit malade retient ses urines ; mais, le besoin impérieux de la miction l'oblige à recommencer bientôt après l'émission, ce qui provoque de nouvelles douleurs et ainsi de suite, jusqu'à la complète évacuation des urines d'une même miction, que le petit malade *retient*, *retarde* ou *interrompt*, volontairement, comme nous venons de le dire.

Quand il y a *calcul vésical*, c'est l'*obstruction de l'orifice interne de l'urèthre*, par le calcul lui-même, qui explique l'*intermittence* du jet de l'urine.

Les adhérences épithéliales sont faibles, d'ordinaire, et il est facile bien souvent de les rompre, par une simple *traction exercée sur le prépuce*, au moment où l'on cherche à découvrir le gland le plus possible.

Le pouce d'une main appliqué sur cet organe, le pouce de l'autre sur le prépuce (déjà renversé par l'action de découvrir le gland), suffisent habituellement pour rompre ces adhérences généralement faibles, et cela, *sans la moindre hémorrhagie*, vu qu'elles sont exclusivement épithéliales.

L'attention peut être attirée de ce côté parce que le *petit malade porte souvent ses mains aux organes génitaux et arrange fréquemment son pantalon, qui le blesse et qu'il dit trop étroit*, en raison des douleurs que provoque son simple contact avec l'extrémité de la verge atteinte de balano-posthite.

Pour reconnaître l'existence de ces adhérences, il suffit de constater, au moment où le gland est découvert autant qu'il peut l'être par le renversement du prépuce muqueux, qu'*on ne peut pas apercevoir le sillon qui se trouve à sa base* et qui couronne, pour ainsi dire, cet organe ou qui forme, du moins, une *demi-gouttière* à ce niveau.

Souvent même, *à travers ces adhérences épithéliales minces*, on constate l'existence de *parties blanches*, plus ou moins nombreuses ou étendues, qui ne sont autre chose que des *accumulations de matière sébacée placées au-dessous des adhérences elles-mêmes.*

A mesure que ces dernières sont *rompues*, ces *amas blanchâtres et mous deviennent libres.* Ils sont très faciles à reconnaître et à détacher par un simple lavage au coton hydrophile, imbibé d'eau boriquée.

Rarement nous avons vu ces adhérences, même lorsqu'elles sont étendues, *occuper la périphérie entière de la base du gland et fermer complètement la gouttière, qui y siège, dans tout son pourtour.*

Fermée d'ordinaire du côté du filet, à droite comme à gauche, cette gouttière est généralement ouverte et accessible à un stylet mousse, sur un ou plusieurs points de son trajet, par des solutions de continuité souvent fort étroites, mais qui, en définitive, assurent l'évacuation à l'extérieur, c'est-à-dire à la surface du gland d'abord, hors du prépuce ensuite, des produits de sécrétion sébacée formés au-dessous des adhérences. C'est même la plus ou moins grande difficulté de cette sortie, qui détermine communément des *poussées de balano-posthite*, l'*érection* et la *dysurie*, dont nous avons parlé plus haut.

Dans un cas de *phimosis cicatriciel*, observé chez le fils d'un confrère, je crois que la balano-posthite est la véritable cause qui lui avait donné naissance. Or, l'opération fut des plus délicates, dans ce fait particulier.

1er temps.— Tirant sur le prépuce, nous incisâmes d'abord, avec des ciseaux, la partie qui dépassait le gland en avant.

L'incision ainsi pratiquée, il resta, au *milieu de la partie avivée*, comme un *cercle cutané*, *en bouton de manchette*, au *centre* duquel se trouvait l'*orifice du prépuce.*

2e temps. — Ablation, avec les ciseaux, de ce cercle cutané.

C'est à peine si l'*orifice préputial* admettait, non pas un stylet, mais une *fine aiguille à bas.*

Même après ce second temps, le *gland restait coiffé d'un*

prépuce avivé, moulé exactement sur lui et dont l'orifice muqueux, aussi étroit que l'orifice cutané sus-mentionné, *ne permettait d'apercevoir, ni le gland, ni le méat urinaire.*

3e temps. — Nous dûmes alors élargir cet orifice muqueux d'un coup de ciseaux, après quoi le renversement du prépuce interne sur la partie avivée fut possible et, par suite, aussi la suture des deux lèvres, cutanée et muqueuse, de la plaie.

Le malade guérit, d'ailleurs, très bien et en peu de temps.

Quant au professeur de collège, auquel nous avons fait allusion plus haut, il nous avait déclaré : 1° que *sa conformation n'était pas normale* ; 2° qu'*à chaque coït*, il avait ce qu'il appelait une *nouvelle blennorrhagie*, qui n'était, selon nous, autre chose que de la *balano-posthite récidivante.*

Les adhérences *fibreuses* occupaient *toute la base du gland*, sauf *deux pertuis* par lesquels un stylet, introduit, nous permit de les attaquer en plusieurs fois et à l'aide de la *ligature élastique.*

D'autres adhérences *isolées*, peu étendues celles-là, mais fibreuses aussi, unissaient la *partie antérieure du prépuce* avec la *face supérieure du gland.* Nous les attaquâmes, les premières, par la ligature élastique, ce qui nous permit d'arriver petit à petit jusqu'à la base du gland, où le *filet se confondait avec deux culs-de-sac latéraux* et où *deux pertuis supérieurs, coupant l'adhérence circulaire en trois morceaux*, nous permirent d'attaquer ceux-ci *isolément* et *successivement.*

Marié peu de temps après, il a pu exercer désormais impunément le coït et est devenu père de deux superbes garçons, dont l'un est déjà sorti de Polytechnique.

Chez une petite fille de 2 ans, nous avons vu une affection un peu analogue à la précédente. Nous voulons parler de l'*adhérence des petites lèvres, de haut en bas*, ne laissant, à la *partie supérieure*, qu'un *petit pertuis pour le passage des urines.*

Diagnostic. — Le diagnostic des adhérences est facile, d'après ce que nous avons dit.

La *balano-posthite* de toute autre origine, la *cystite* et le *calcul vésical*, sont les seules maladies que l'on pourrait confondre avec les adhérences balano-préputiales.

Il suffit d'être prévenu de cette cause d'erreur, pour l'éviter sûrement.

Pronostic. — Le pronostic est des plus bénins ; toutefois, la *balano-posthite*, la *cystite* même, le *phimosis cicatriciel*, sans parler de l'*onanisme par érections fréquentes*, peuvent résulter de cet état pathologique.

Traitement. — Le traitement consiste à rompre les adhérences, soit avec les *pouces* tirant en sens inverse, comme nous l'avons déjà dit, soit à l'aide du *stylet mousse* passé en arrière de celles-ci. Il n'y a généralement *pas la moindre hémorrhagie.*

Il est bon, pendant plusieurs jours et pour empêcher toute récidive, de laver le gland, découvert, avec du coton hydrophile, imbibé d'eau boriquée. On ramène chaque fois le prépuce.

V. — Vulvo-vaginite

Définition. — La vulvo-vaginite est l'*inflammation de la muqueuse vulvo-vaginale.*

Etiologie. — Les causes de la vulvo-vaginite sont multiples. Elle peut être *blennorrhagique*, exceptionnellement toutefois, surtout chez la toute petite fille. Nous en avons vu un cas, chez une enfant de 3 ans et demi (1). Elle est ordinairement *simple* ou *commune*, *banale. En dehors du gonocoque*, en effet, on y rencontre assez souvent le *bacterium coli*, ce qu'explique suffisamment le voisinage de l'anus.

On y voit aussi des *parasites*, tels que l'*oxyure vermiculaire*, toujours pour le même motif.

Une de ses causes les plus fréquentes est évidemment la *communauté des objets de toilette entre la mère et l'enfant* (éponge, etc.).

On l'observe aussi, chez des *fillettes malproprement tenues*, à la suite de la plupart des *maladies infectieuses* (rougeole,

(1) Il est rapporté, avec planche, dans la thèse de M. le Dr Daphnis sur la vulvo-vaginite chez la jeune fille (Montpellier, 1902).

scarlatine, fièvre typhoïde, etc.). La nature des urines, souvent microbiennes dans ces cas, doit en rendre suffisamment compte.

Symptomatologie. — La vulvite se reconnaît à un *écoulement muqueux ou muco-purulent*, qui se fait par la vulve et le vagin.

La *muqueuse* est souvent d'un *rouge plus ou moins vif, parfois limité au fond de ses divers replis et, principalement, dans ses parties déclives ou postérieures.*

Cette rougeur est *surtout marquée entre les grandes et les petites lèvres, entre celles-ci et le vagin*, enfin *au niveau de la fourchette*, etc., etc.

Les fillettes de *tout âge* peuvent présenter de la vulvo-vaginite.

L'écoulement, lorsqu'il est trop *abondant* ou trop *irritant*, détermine sur la *peau même de la vulve* (face externe des grandes lèvres) et *de la partie interne et supérieure des cuisses*, un *érythème*, recouvert d'une *matière visqueuse et adhésive*, qui n'est autre que celle de l'écoulement lui-même.

Lorsque les fillettes sont un peu grandes et qu'elles peuvent, non seulement se rendre compte, mais encore renseigner le pédiâtre, elles lui déclarent, quand il leur demande si elles *souffrent en urinant* ou *après avoir uriné*, qu'en effet elles éprouvent des *douleurs*, *au moment de l'émission des urines* ou même après.

Tels sont les symptômes habituels de la vulvo-vaginite simple, auxquels se joint une *démangeaison*, parfois assez vive, des parties, *tenant à l'eczéma vulvaire ou périvulvaire*, déterminé par l'écoulement. *Ces enfants sont portées à se gratter*, en raison de ces démangeaisons souvent violentes.

Lorsqu'elles se grattent ainsi, dans leur lit par exemple, *directement avec leurs doigts ou même avec leurs ongles* sans interposition de linge quelconque (chemise), non seulement *elles peuvent excorier et exulcérer ces surfaces érythémateuses*, muqueuses ou cutanées, mais ces mêmes doigts, recouverts de la matière visqueuse de l'écoulement vulvaire, répandu un peu partout même sur les cuisses, constituent un danger pour

les autres muqueuses sur lesquelles ils peuvent le transporter, surtout sans lavage préalable. Telle est, en particulier, la muqueuse oculaire.

De là la nécessité de tenir, à ces fillettes, les *ongles coupés courts* et les *mains toujours bien propres*, en les leur faisant *laver le plus souvent possible* dans la journée.

Ce n'est que dans la *vulvo-vaginite blennorrhagique* que nous avons vu des *accidents plus graves* survenir, tels que : *hémorrhagies vaginales*, *fièvre*, *métro-péritonite*, *endocardite même* dans un cas, suivie de *foie cardiaque* et d'*ascite*, qui céda d'ailleurs à la première ponction, ainsi qu'en fait foi la relation de cette observation, qui fait l'objet de l'excellente thèse de mon ancien chef de clinique, M. le Dr Andrieu (1).

Une femme, recueillie par la famille de cette enfant, inocula, grâce au *vase de chambre commun*, *d'abord la femme* (qui transmit à son mari), *puis la fillette* dont il s'agit.

Nous *doutâmes longtemps d'une semblable origine*, qui nous fut ensuite *démontrée exacte par une petite épidémie de vulvo-vaginites*, qui se produisit *dans notre service*, *à l'hôpital*, par le même mécanisme, autour d'un cas, d'abord isolé.

Ce mode de contagion rappelle aussi le rôle du thermomètre appliqué dans le rectum et que M. le Pr Weill (de Lyon) avait vu, quelques années auparavant, propager la vulvo-vaginite dans son service. D'où, la nécessité de n'employer que des thermomètres chaque fois bien aseptisés, pour un tel usage. Il *était*, a priori, *plus difficile de s'expliquer le rôle du vase commun*, dans la propagation de la vulvo-vaginite chez la jeune fille.

Toutefois, en y réfléchissant tant soit peu, on ne tarde pas à reconnaître que *les organes génitaux de la fillette*, *entr'ouverts par la position ainsi accroupie*, entrent en *contact immédiat* avec le rebord, épais et saillant, *du vase*.

(1) Dr Andrieu. La vulvo-vaginite blennorrhagique chez la petite fille, à propos d'un cas observé chez une fillette de 7 ans. Métro-péritonite. Endocardite. Albuminurie. Ascite. Guérison. Thèse de Montpellier, 1898.

Si une première enfant, atteinte de vulvo-vaginite, s'en sert, non seulement *sa fente vulvaire, entrebâillée, est en rapport avec ce rebord,* mais la petite malade, *en se relevant, essuie, pour ainsi dire, sa vulve contre la partie au contact de laquelle elle se trouve.*

Qu'*une autre enfant, saine, vienne,* dans les mêmes conditions, *s'asseoir sur ce vase,* pour satisfaire un besoin quelconque, et, aussitôt, *sa vulve se met au contact de ce bord, souillé par l'écoulement virulent laissé par la précédente.*

A supposer que cette enfant évite une ou plusieurs fois ce contact, elle finit par ne point y échapper et, alors, elle va certainement devenir malade à son tour.

En effet, sa *vulve entr'ouverte entraîne d'abord,* quand la fillette se lève, *puis retient, par son occlusion, le virus* qui, chez elle aussi, va déterminer la vulvite.

D'où, la nécessité d'avoir, *pour chaque malade* ainsi atteinte, non seulement un *vase spécial,* mais encore une *canule particulière* pour injections vaginales.

C'est là, aussi, le moyen prophylactique, par excellence, à conseiller dans les familles. On le voit aisément, par les divers exemples que nous venons de citer.

Complications. — Si des *complications eczémateuses, de voisinage ou à distance,* peuvent se produire, comme nous l'avons dit précédemment ; si les doigts et surtout les *ongles longs, souillés,* sont le meilleur moyen de *retenir le virus* et de l'*inoculer au loin,* sur la *peau* ou sur *d'autres muqueuses ;* on ne doit pas oublier qu'au fond du vagin se trouve un organe, l'*utérus, qui s'accommode mal de la persistance de la vaginite et de la leucorrhée consécutive.*

Le *museau de tanche,* en effet, *macère facilement alors dans l'écoulement leucorrhéique, abondant. Enflammé* (métrite du col) *ou non primitivement, il ne tarde pas à l'être secondairement, à s'exulcérer même,* favorisant ainsi la production des *métrorrhagies* ou des *ménorrhagies* chez les fillettes d'un certain âge, c'est-à-dire déjà menstruées et âgées de 13 ans au moins.

Il est bon d'être prévenu de la possibilité de l'existence de

ces *exulcérations cervicales*, pour comprendre l'utilité, la nécessité même, du traitement que nous allons conseiller (injections, cautérisations, etc.).

Leur production est d'autant plus facile que les matières, sécrétées en abondance par le vagin enflammé, sont en grande partie retenues dans celui-ci par la membrane hymen, généralement persistante et plus ou moins résistante, dont l'orifice enfin est souvent rétréci, à cet âge.

Pendant la station assise, les jeunes malades, atteintes de vulvo-vaginite, *remuent constamment sur leur chaise*, en raison des *démangeaisons dont leur vulve est le siège.*

Diagnostic.— Le diagnostic de la vulvo-vaginite est facile, d'après la description qui précède. L'écoulement suffit à lui seul pour l'établir, à plus forte raison s'il existe de l'érythème vulvaire ou péri-vulvaire.

Le diagnostic de nature et, surtout, d'origine est beaucoup plus difficile.

L'examen macroscopique des parties (oxyures), *microscopique et surtout bactériologique* du liquide excrété, comme aussi une étude approfondie des *commémoratifs* et des *circonstances, qui ont précédé la vulvite,* permettront de le déterminer le plus souvent.

Le *point de vue médico-légal,* sans être toutefois négligé, ne mérite de fixer l'attention que dans un *nombre restreint de vulvo-vaginites,* contrairement à l'idée que l'on s'en ferait à priori.

Pronostic. — Le pronostic est généralement bénin, sauf peut-être en ce qui concerne la vulvo-vaginite blennorrhagique à un âge encore peu avancé, comme chez la malade dont nous avons relaté succinctement l'histoire et qui a fait l'objet de la thèse de M. le Dr Andrieu.

Traitement. — Le traitement consiste à *laver la vulve dans tous ses plis et replis,* avec une *solution à 1/4000 de permanganate de potasse dans l'eau* bouillie, lorsqu'elle est seule atteinte ; à faire prendre des *injections vaginales*, avec la même solution, *si*, comme cela est la règle, *la vulvite s'accompagne de vaginite.*

Les lavages externes sont pratiqués à l'aide de coton hydrophile, trempé dans la solution et porté au fond des divers plis muqueux, vulvaires, isolément et successivement, en ayant soin de bien écarter, les unes des autres, les parties constituantes de ceux-ci (grandes et petites lèvres).

Pour les injections, c'est surtout affaire de *dimension de l'orifice vulvaire*. Suffisant, chez la plupart des *grandes filles*, pour *admettre* la *canule à injection pour femme*, il est beaucoup plus étroit dans bien des cas et surtout chez les toutes petites filles (de 2 à 4 ans par exemple), où nous nous servons d'une *canule en caoutchouc durci, de 5 à 10 centimètres de long et de quelques millimètres de large*, que l'on introduit, sans difficulté, jusqu'au fond du vagin.

Un *litre de solution* au permanganate est nécessaire pour les *grandes filles ;* un *demi-litre suffit pour les plus jeunes*.

On prescrit *une ou deux injections par jour*.

On les donne *sur le bord d'un lit ou d'une table*, recouverts d'une toile cirée conduisant l'eau jusqu'à terre dans un vase placé là tout exprès. A l'hôpital, nous avons une *table métallique spéciale, perforée* en son milieu, et dont la désinfection est des plus faciles.

VI. — Aménorrhée. Ménorrhagie. Métrorrhagie.

Définition. — L'aménorrhée (*absence ou suppression des règles*), la ménorrhagie ou *hémorrhagie cataméniale*, la métrorrhagie (*hémorrhagie survenant en dehors des époques menstruelles*), sont des *troubles, menstruels ou génitaux, assez communs chez la jeune fille*.

Étiologie. — L'aménorrhée s'observe assez communément au cours de l'*anémie* ou de la *chlorose*.

Il semble, dans ces cas, *que le molimen cataménial soit insuffisant pour produire l'hémorrhagie menstruelle*. C'est l'inverse qui paraît avoir lieu dans la *ménorrhagie*, où le *molimen a l'air de dépasser le but qu'il doit atteindre*. Le plus

souvent, dans ce dernier cas, il existe de la *métrite, du col surtout*, et principalement de l'*exulcération du museau de tanche* (voir plus haut), rendant compte de ces abondantes *hémorrhagies*, qui s'observent au moment des époques menstruelles et que, pour ce motif, on appelle *ménorrhagies*.

A plus forte raison doit-on songer à ces lésions *inflammatoires et ulcéreuses de l'utérus*, toutes les fois que, chez la jeune fille, on se trouve en présence d'*hémorrhagies non cataméniales* (*métrorrhagies*).

Symptomatologie.— La suppression des règles dans l'aménorrhée, l'hémorrhagie menstruelle trop abondante dans la ménorrhagie, les hémorrhagies inter-cataméniales dans la métrorrhagie, sont symptômes faciles à constater et que les malades ou l'entourage signalent d'ordinaire au médecin, surtout s'il les interroge à cet égard.

En général, les jeunes malades sont *anémiques* et frappent par la décoloration de leur tégument.

L'*anémie* est d'ordinaire *primitive* et explique l'absence de menstruation ou aménorrhée.

Elle est due, le plus souvent, aux causes habituelles qui lui donnent naissance. Telles sont : la *fréquence*, la *longueur* ou l'*intensité* des *maladies antérieures ;* la *croissance*, la *mastication incomplète*, l'existence récente de la *fièvre typhoïde*, qui lèse d'une manière si profonde le tube digestif, l'intestin en particulier ; mais, surtout, la *chlorose* (voir plus haut).

Nous devons ajouter, à ces causes : la *mauvaise hygiène habituelle*, la *vie sédentaire*, l'*encombrement dans les ateliers* (de couture par exemple), les *veilles*, enfin *l'alimentation vicieuse* (crudités, vinaigre, mets épicés, etc., etc.).

Dans la *ménorrhagie* ou la *métrorrhagie*, l'*anémie*, facilement primitive dans les cas qui précèdent, *est, au contraire, consécutive le plus souvent.*

Aussi la *première indication à remplir*, pour la combattre, est-elle de *traiter les troubles menstruels ou génitaux, avant même de s'adresser à elle directement*. Nous y reviendrons, d'ailleurs, quand nous nous occuperons du traitement.

On observe assez souvent quelques symptômes de *métrite*,

d'*ovarite* ou même de *salpingite,* c'est-à-dire des *douleurs* à *siège médian* ou *latéral* dans la région hypogastrique. Ces douleurs, continues, sont augmentées par la pression ou accrues au moment des périodes menstruelles. Il n'est pas rare qu'elles s'accompagnent de *pollakiurie* et d'hémorroïdes, avec constipation, ou, même, de diarrhée.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'aménorrhée n'est pas plus difficile que celui de la ménorrhagie ou de la métrorrhagie. Ce qui l'est davantage, à notre avis, c'est de remonter à la *cause première des accidents.*

Le pédiâtre fera preuve de sagacité éclairée,en découvrant, pour chaque cas particulier, non seulement les *causes d'anémie*, mais les *raisons des troubles, menstruels ou génitaux, observés.*

Pronostic.—Le pronostic de l'aménorrhée est habituellement peu grave, vu que, par suite d'un traitement bien conduit, on la voit rapidement disparaître,d'ordinaire.C'est,généralement, l'affaire d'un mois ou deux de traitement, trois au plus.

Il est *certaines aménorrhées*, symptomatiques de la tuberculose pulmonaire, dont le pronostic est entaché d'une *gravité facile à comprendre.*

Elles se produisent, d'ordinaire, non seulement au cours, mais à une période fort avancée, de la tuberculose; dans la période cachectique, le plus souvent.

Aussi leur pronostic est-il grave, non par le fait même de leur existence, mais par celui des circonstances, pathologiques et cliniques, au milieu desquelles elles se sont produites. Il est à peine nécessaire de signaler cette particularité. Il n'est point indispensable d'y insister davantage, nous semble-t-il.

Certaines ménorrhagies ou métrorrhagies tirent leur gravité pronostique d'autres circonstances particulières, qu'il nous suffira, croyons-nous, de mentionner. De ce nombre sont les métrorrhagies ou ménorrhagies, que l'on observe *au début*, par exemple, de la *fièvre typhoïde*, et que, pour ce motif, on a qualifiées, d'ailleurs, d'*épistaxis utérines.*

Il en est de même de certaines hémorrhagies de l'utérus,

cataméniales ou inter-menstruelles, que l'on observe, soit au début, soit au cours, d'une *maladie infectieuse* (*fièvre éruptive*, le plus souvent *à forme hémorrhagique*) ou dans certains cas d'*hémophilie intense*.

En dehors de ces causes exceptionnelles et alors même que celles-ci existent, il est bon que le pédiâtre ne perde jamais de vue la possibilité de l'existence d'une *vulvo-vaginite chronique* et d'une *métrite du col consécutive*, avec, le plus souvent, *ulcération superficielle du museau de tanche*, par le mécanisme que nous avons précédemment décrit, en étudiant la vulvo-vaginite.

Traitement. — Le traitement est variable, on le conçoit sans peine, suivant les cas.

C'est ainsi que, dans l'*aménorrhée*, il sera *surtout général* et comprendra : 1° une *bonne alimentation*; 2° les *ferrugineux*, sous forme de *pilules de Rabuteau* (protochlorure de fer), à la dose d'une matin et soir au repas, *si la malade n'est pas constipée*; sous forme, au contraire, de pilules contenant chacune, suivant l'âge des fillettes, de 5 *à 10 centigrammes de masse pilulaire de Blaud* et *autant de poudre de rhubarbe, si la constipation existe*.

En présence de la *ménorrhagie* ou de la *métrorrhagie*, le *même traitement* sera indiqué; mais, *c'est surtout le traitement local qui devra être mis en vigueur*.

Il variera, à son tour, selon les cas : suivant, en effet, que l'on se trouvera en présence d'une *simple leucorrhée, avec vulvo-vaginite*, ou que celle-ci sera *compliquée de métrite et d'ulcération plus ou moins étendue, plus ou moins ancienne et plus ou moins profonde, du museau de tanche*.

Pendant longtemps, malades et médecins s'étaient faits à l'idée que *l'anémie donnait lieu à la leucorrhée; tandis que celle-ci est souvent cause d'anémie, au lieu d'en être toujours la conséquence*.

Dans ce dernier cas, *à côté du traitement tonique et ferrugineux* que nous avons indiqué, *prendra place efficacement le traitement local*, consistant, d'abord, en des *injections vaginales*,

au permanganate de potasse et à 1/4000, pratiquées une ou deux fois par jour.

Le *toucher vaginal* s'imposera dans bien des cas, *surtout lorsqu'il sera possible sans compromettre l'intégrité de la membrane hymen, que nous n'avons jamais eu à sacrifier*. Si elle est infranchissable pour le doigt explorateur, des injections, avec une canule appropriée et suffisamment longue, seront toujours utilement prescrites.

Dans certains cas, nous avons dû recourir à *l'examen au spéculum, soit que l'hymen, dilatable et extensible, permît*, chez de grandes *jeunes filles, l'introduction du spéculum de femme, soit que l'étroitesse de son orifice nous obligeât à faire usage du spéculum virginis.*

L'un et l'autre nous ont rendu de grands services, en nous permettant de constater l'existence de *métrites superficielles et ulcérées du museau de tanche*. Contre de pareilles altérations, les injections peuvent être, à elles seules, parfaitement efficaces.

Elles le sont surtout, quand leur action est secondée par celle de la *cautérisation au nitrate d'argent*, deux fois par mois au moins (8 jours après et 8 jours avant les règles). On peut y recourir, si besoin est, plusieurs mois de suite.

Elles nous ont paru *toujours très utiles* et nous ont permis d'obtenir rapidement des guérisons, qui, sans elles, eussent été attendues beaucoup plus longtemps ou fussent restées impossibles.

8me Section. — MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

I. — Méningite aiguë

Définition. — La méningite aiguë est l'*inflammation aiguë des méninges ou enveloppes du cerveau.*

Etiologie. — Bien des causes sont susceptibles de produire

la méningite, chez l'enfant. Elles sont, à peu près *toutes, d'ordre infectieux*. On a rapporté des exemples de méningite à *pneumocoque*, à *bacille* d'*Eberth*, etc., etc.

Les plus communes sont, sans contredit : les *méningites syphilitiques* ; les *oto-méningites*, résultant d'une maladie aiguë ou chronique de l'oreille, le plus souvent d'une otite, externe ou moyenne, suppurée ; enfin, la *méningite tuberculeuse*, que nous étudierons à part, et la *méningite traumatique*.

Toute *localisation infectieuse sur les méninges* est ou *primitive* (en apparence du moins) ou *secondaire ;* parfois, simplement *prédominante*. De là, des *méningites* dites *primitives ;* d'*autres*, qualifiées de *secondaires*. Elles sont, en outre, *aiguës* ou *chroniques*. C'est la *méningite aiguë*, dont il est, surtout, question ici.

Elle peut être observée à tous les âges. Elle est plus *fréquente toutefois de 4 à 10 ans*, en raison du *développement subi par le cerveau*, à cette époque, et de l'activité cérébrale plus grande, résultant du travail intellectuel (école, etc).

Symptomatologie. — Un enfant atteint de méningite aiguë présente, d'ordinaire, les symptômes suivants :

1° de la *céphalalgie*. Ce symptôme, généralement accusé par les enfants grandets ou dans la seconde enfance, ne l'est pas ou l'est peu, dans la première. Encore, dans la seconde enfance, faut-il, pour qu'il soit accusé, que l'intelligence soit conservée, ce qui n'a pas lieu dans tous les cas.

La méningite peut, en effet, avoisiner les *régions motrices*, soit de la *base*, soit de la *convexité*, *comme*, au contraire, les *régions sensitives* et même *intellectuelles*, du cerveau.

2° des *troubles digestifs*. Ceux ci consistent surtout en *vomissements* et en *constipation*.

Les malades vomissent, d'abord, leurs *aliments* ou les *divers liquides qu'ils ingèrent ;* puis, de la *bile jaune et, enfin, verte*. Ils ont, parfois, de véritables *vomissements porracés*.

La *constipation*, souvent opiniâtre, contraste singulièrement avec ces vomissements incoercibles et d'une ténacité sans égale. L'*abdomen* du petit malade est *excavé* et en *bateau*.

3° de la *fièvre*. Elle est généralement *intense* et dans le voisinage de 39, 40 et 41°.

4° de la *dilatation*, *de l'inégalité*, *de l'insensibilité pupillaires ;* du *strabisme*, des *convulsions*, la *raie méningitique*.

La raie méningitique n'est pas autre chose qu'une *traînée rouge*, *due à la persistance de la vaso-dilatation* et se produisant à *l'endroit où*, *avec l'ongle*, *on a rayé légèrement la peau du petit malade*.

5° de l'*arythmie cardiaque et respiratoire*.

On observe assez communément, au cours d'une méningite aiguë, que la *respiration ne présente pas sa régularité habituelle*. Souvent, même, elle *semble s'interrompre et se suspendre momentanément*. Elle reprend ensuite. Elle est, dans certains cas, *saccadée*, *suspirieuse*.

Le *pouls*, lui-même, présente *certaines irrégularités*. On observe parfois, *rarement*, de l'*intermittence* ; *le plus souvent*, au contraire, une *fréquence extrême*, au début, et, plus tard, un véritable *ralentissement*, une certaine *rareté*, *qui contrastent avec le degré de la fièvre*, mais non point avec la gêne respiratoire, toute d'innervation, dont nous avons parlé tout à l'heure.

Il n'est pas rare d'observer, au *cours* et surtout au *début* de la méningite aiguë, une certaine *raideur de la nuque*, due à la *contracture douloureuse* des muscles de cette région. D'où, la *difficulté d'effectuer les mouvements de la tête et du cou ;* d'où, la *douleur provoquée par ces mouvements*.

Le visage du malade est souvent le siège de *grimaces*, de *mâchonnements*, de *grincements de dents*, qui sont un peu spéciaux à cette maladie, bien qu'on puisse les confondre avec ce que l'on observe dans certains autres états pathologiques, ainsi que nous l'avons vu précédemment déjà (*muguet*, *gastro-entérite*, *évolution dentaire*). Nous y reviendrons, d'ailleurs, dans un instant, à propos du diagnostic différentiel.

La méningite aiguë comprend *trois périodes* : une de *début*, une d'*état*, une *d'aggravation* ou *de déclin*.

La *première éclate* d'ordinaire *subitement*, se caractérise par la *fièvre intense*, parfois par *les convulsions*, toujours par *les vomissements* et *la constipation*.

La *seconde* est constituée par la persistance des symptômes précédents, auxquels viennent s'ajouter les *troubles oculaires* et *pupillaires* précités. Souvent, même, le malade reste *immobile*, bien que le pédiâtre passe un doigt ou la main devant ses yeux ouverts et à très grande proximité de ceux-ci (sans les toucher toutefois). En temps normal, cette tentative provoque immédiatement l'occlusion des voiles palpébraux.

A tous ces symptômes viennent s'ajouter ceux que l'on désigne sous le nom de *cris hydrencéphaliques*. Ce sont des cris aigus, plaintifs et persistants, provoqués par la *céphalalgie* et surtout par l'*hydropisie cérébrale*, véritable *hydrocéphalie aiguë*, résultant des altérations vasculaires qui se produisent, quelle qu'en soit la nature (syphilitique, tuberculeuse, etc.).

Le *malade craint* le *bruit*, la *lumière*, le *moindre contact*. *Il lui faut* du *silence*, de l'*obscurité*, et, malgré tout cela, *il n'arrive pas à obtenir le repos et le sommeil*, qui lui seraient si nécessaires et dont il a si grand besoin.

Inutile d'insister, ici, sur la *différence symptomatique de la méningite de la base et de celle de la convexité du cerveau*. La *première porte surtout, à ce point de vue, sur les départements auxquels se distribuent les diverses paires de nerfs crâniens intéressés ; la seconde, plus spécialement sur l'idéation, la motricité et la sensibilité générales*.

La *troisième période* est caractérisée, suivant les cas, par une *atténuation des symptômes précédents ou, au contraire, par une aggravation*, dans laquelle frappe, tout d'abord, la *prédominance du coma*. Etant donnée, même, l'apparente tranquillité du petit malade, comparée surtout aux périodes précédentes, l'espoir renaît parfois au cœur des familles, sinon du médecin lui même. Erreur profonde, qui sera bientôt suivie, en général, des déceptions les plus grandes.

Aux *difficultés respiratoires et circulatoires précitées, aux selles nulles*, s'ajoute une *miction involontaire*, sinon une véritable *rétention d'urine*. On voit, parfois, survenir aussi une certaine *dysphagie* ou, du moins, une *déglutition difficile des liquides ingérés*, par *paralysie des muscles pharyngiens*. Les

mâchoires sont plus ou moins serrées, dans certains cas, *par la contracture des masséters* ou, d'une façon plus générale, des *divers muscles masticateurs*.

La *mort* survient, soit par *arrêt de la respiration ou de la circulation;* soit en raison des *vices de nutrition*, résultant d'un pareil état ; soit, enfin, à la suite d'une *infection générale, de la nature de celle qui a produit la méningite ou de nature différente de celle-ci*, à laquelle elle est consécutive d'ordinaire (suppuration, etc.).

Quand *la guérison* doit être obtenue, au lieu de voir se dérouler le tableau précédent, on assiste, au contraire, à une *atténuation progressive* des divers symptômes énumérés dans les deux premières périodes. Bientôt, même, ils ne tardent pas à disparaître complètement.

Diagnostic. — La méningite peut être confondue avec : les *accidents de dentition* (fièvre, mâchonnement du muguet, grincement de dents) et *la pseudo-méningite*, signalée par nous dès 1891 (1). Celle-ci s'observe assez communément au cours de l'évolution dentaire (voir, plus haut : accidents de dentition).

Une fois le diagnostic de méningite établi, il faut remonter au diagnostic de *nature*, dans chaque cas particulier, et savoir si l'on est en présence d'une méningite simple, traumatique, otitique, pneumococcique, syphilitique ou tuberculeuse, pour ne parler que des plus communes.

L'otite aiguë et même chronique, qui précède la méningite pendant un laps de temps plus ou moins long, reconnaît souvent pour cause une *angine* (simple, diphtérique, typhoïde, scarlatineuse, pultacée, tonsillaire, etc., etc.), l'eczéma du conduit auditif externe (voir eczéma) ou des altérations plus profondes et osseuses (carie du rocher) sur lesquelles nous reviendrons, à propos de la méningite tuberculeuse, qu'elles déterminent le plus souvent.

Pronostic. — Le pronostic est toujours grave. Car, si la méningite aiguë, quelle qu'en soit la nature, peut guérir, il

(1) L. Baumel. Quelques accidents de dentition, in Montp. méd., 2e série, Tome XVI, 1891 et Leçons clin. des mal. des enfants, 1893.

n'en est pas moins vrai que, *fréquemment, elle est suivie de mort ou* que, du moins, *elle laisse des traces indélébiles de son passage et des infirmités souvent incurables* (chorée chronique, atrophie cérébrale, hydrocéphalie, imbécillité, etc., etc.).

Traitement. — Le traitement de la méningite aiguë, la cause une fois déterminée, est des plus simples.

La *glace*, en permanence *sur la tête* (dans une *vessie* ou dans un *bonnet en caoutchouc*), est extrêmement utile.

Les *boissons glacées* (*lait*) sont souvent les seules supportées.

Contre la *méningite syphilitique*, les frictions à l'onguent napolitain ou à l'onguent mercuriel simple, suivant l'âge de l'enfant, sont habituellement salutaires. Elles nous ont rendu les plus signalés services.

Elles peuvent être utiles, même, dans les méningites aiguës simple, pneumococcique, traumatique, tuberculeuse, etc.

C'est dans ces cas aussi que nous paraîtrait, à la rigueur, justifié l'emploi du *calomel fractâ dosi* ou, encore, à dose purgative.

Contre les convulsions, l'hydrate de chloral.

Enfin, l'*iodure de potassium*, que certains auteurs recommandent dans la méningite en général, rendra surtout des services dans la *méningite syphilitique.*

Il peut incontestablement être utile, à un moindre degré toutefois, dans les autres et, en particulier, dans la méningite tuberculeuse contre laquelle Fonssagrives lui-même le recommande.

Dans l'incertitude où l'on est, le plus souvent, sur la non existence de la syphilis et étant donnée l'efficacité de l'iodure dans bien des cas où cette diathèse ne paraissait pas exister, nous prescrivons assez habituellement ce médicament et nous conseillons, même, de le prescrire aussi souvent qu'il ne sera pas contre-indiqué par l'intensité des troubles digestifs, par les vomissements en particulier.

II. — Méningite tuberculeuse

Définition. — La méningite tuberculeuse, comme son nom l'indique, est *l'inflammation des méninges due au développement de tubercules dans les enveloppes du cerveau.*

Etiologie. — La *cause* de cette méningite est indiquée par la définition qui précède.

Un seul point est à retenir à ce sujet, c'est que la méningite tuberculeuse peut être la *première et unique manifestation de la tuberculose.* Dans ce cas, elle est qualifiée de *primitive.*

Mais elle peut aussi survenir au cours d'une autre tuberculose localisée (mésentérique, intestinale, pulmonaire, adénopathique, rénale, péricardique, osseuse, cutanée, etc.). Elle est, alors, appelée *secondaire.*

Symptomatologie. — Il est rare que la méningite tuberculeuse éclate avec la soudaineté, que nous avons vue assez souvent présider à l'établissement ou à la manifestation de la méningite aiguë, précédemment décrite.

D'ordinaire, l'enfant, avant de présenter les signes réels de la méningite tuberculeuse, offre à considérer une *période prodromique presque caractéristique.*

Quel que soit son âge, en effet, *on le voit, pendant un certain temps* c'est-à dire pendant *des semaines* sinon *des mois, changer de caractère.* Il devient *acariâtre, difficile, mécontent.*

S'il est d'âge à prendre part aux *jeux* de ses camarades, *il les fuit* ou *s'en désintéresse.* Le *côté affectif laisse singulièrement à désirer. Il ne recherche plus, il repousse même, les caresses de ses proches,* de *sa mère,* de *sa nourrice,* etc.

De bonne heure, les enfants, qui doivent succomber plus tard à la méningite tuberculeuse, se distinguent, des autres enfants du même âge, par une *intelligence plus grande,* un *amour souvent passionné pour l'étude,* des *succès scolaires,* qui les font prendre, tout d'abord, pour de *vrais petits prodiges*

Bientôt, c'est le contraire qui se révèle. L'enfant devient *apathique, nonchalant, peu studieux, lent à comprendre ou à*

retenir. Un rien le contrarie. Son *sommeil* est *léger, interrompu, mauvais,* rempli de *rêves* et de *cauchemars.*

L'*étude l'horripile.* Le *mouvement lui porte crainte.* Il devient *triste, s'isole, se dessèche, maigrit, mange peu.* Souvent, rien de ce qu'on lui offre ne lui convient.

L'entourage, parfois induit en erreur par ces prodromes, *songe* d'abord *à tout, excepté à la vraie cause du mal.*

Ce sont, *ici, les vers* que l'on incrimine ; *là, la croissance ;* ailleurs, les *dents,* etc., jusqu'au jour où éclatent les symptômes révélateurs du mal inexorable, qui ne laissent alors plus de doute pour personne.

L'enfant *grimace* parfois. Il présente, suivant les cas, un *léger strabisme,* des *troubles visuels,* des *grincements de dents,* de la *monoplégie, qui, pour le public, n'ont pas une bien grande importance,* mais qui, au contraire, *pour un pédiâtre avisé, sont très significatifs.*

L'*état général,* lui-même, ne tarde pas habituellement à traduire, à son tour, la profonde atteinte de l'organisme.

Ces enfants sont *pâles, décolorés,* très *anémiques.* Ils ont les yeux *cernés.* Leur *faciès* porte l'empreinte d'une *souffrance grande.* Souvent ils ont la *sensation qu'ils vont faire une chute* et, s'ils parlent déjà quand la maladie les frappe, ils prononcent ce *mot, terrible* pour une mère comme pour un médecin : *je vais tomber, je tombe,* et cela, que le petit malade soit *debout* ou qu'au contraire il soit *assis* et, même, *couché* dans son lit.

A un moment donné, la *fièvre* s'allume, la *céphalalgie* est intense, les cris *hydrencéphaliques* surviennent, *peut-être encore plus marqués* dans la méningite tuberculeuse *que dans tout autre inflammation méningée.* Les *pupilles* deviennent, à leur tour, *insensibles et inégales.* Elles restent souvent *dilatées* (mydriase), soit d'un seul côté, soit des deux à la fois.

Les *convulsions,* elles-mêmes, peuvent se produire. Elles sont *partielles* ou *générales,* suivant les cas.

Des *paralysies,* souvent *limitées* à un muscle, à un groupe musculaire, à un segment de membre ou à un membre entier, se manifestent. Elles doivent fixer vivement l'attention

du praticien, en vue de l'établissement du diagnostic précis de *siège* et de *nature*.

Les *troubles dyspnéiques* ou, mieux, *respiratoires* et *circulatoires*, que nous avons décrits précédemment à propos de la méningite aiguë, ne tardent pas à se manifester.

La *respiration* est *courte*, *fréquente*, *suspirieuse*, *haletante*, *irrégulière*, *se suspend momentanément* pour reprendre, bientôt après, par une inspiration large, suivie de plusieurs autres.

Le *pouls* lui-même, par sa *fréquence*, son *irrégularité*, *sa lenteur*, *sa petitesse*, sa *dépressibilité*, ses *intermittences*, dénote l'état (*secondaire*) du cœur lui-même.

Ce sont là tout autant de troubles fonctionnels de la respiration et de la circulation, dus à un *vice d'innervation* des organes qui président à ces fonctions; vice d'innervation qu'expliquent suffisamment les phénomènes de *compression* ou d'*irritation locale*, dont sont le siège : *le grand sympathique*, la *substance corticale de l'encéphale ou les nerfs crâniens et*, *en particulier*, *le pneumogastrique*.

A une *première période d'excitation*, pendant laquelle le *bruit* et la *lumière* sont *difficilement supportés*, période *souvent convulsive et presque toujours fébrile*, succède une *deuxième phase* ou période d'*accalmie*, pendant laquelle les divers *symptômes* observés jusque-là se trouvent *momentanément amendés*.

Si le pédiâtre n'est pas prévenu de l'existence de cette *phase trompeuse*, il sera lui-même induit en erreur et croira facilement à une amélioration annonçant la guérison, qu'il considère comme prochaine.

Mais une aggravation rapide ne tardera pas à survenir, contrairement à son pronostic favorable, indûment établi, et donnera un démenti formel à ses conclusions trop hâtives, tirées d'un état de calme trompeur, qui, *loin d'être un signe favorable*, est la *conséquence d'une compression cérébrale*, *généralisée*, bientôt suivie de *cris hydrencéphaliques plus aigus et plus pénibles à entendre*, qui ne cesseront plus qu'à la période agonique et, seulement, quelques instants avant la mort.

Dans cette *période ultime*, les petits malades, qui ont

pu présenter auparavant des *troubles digestifs* (vomissements, constipation) moins constants, toutefois, moins intenses et moins persistants que dans la méningite aiguë simple, entrent dans le *coma* et ont, souvent, des *évacuations involontaires d'urine, aussi bien que de matières fécales.*

Anatomie pathologique. — Les lésions tuberculeuses siègent, généralement, *le long des vaisseaux.* Ce sont elles qui expliquent ces phénomènes d'*ischémie* ou d'*œdème aigu*, qui résultent de la compression vasculaire, compression qui va rarement, d'ailleurs, jusqu'à l'oblitération complète des artères ou des veines.

Diagnostic. — La description qui précède montre suffisamment les *difficultés* de diagnostic que peut présenter la méningite tuberculeuse.

Il est bon de se rappeler que cette dernière a souvent une *marche insidieuse et lente, au début,* qui peut donner le change et faire croire à des *affections banales*, telles que : les *vers intestinaux*, *l'évolution dentaire*, *les convulsions simples*, etc., etc.

Toutefois, le diagnostic de méningite établi, il est bon de s'assurer que l'on ne se trouve pas en présence d'une méningite de toute autre nature (traumatique, pneumococcique, typhoïde, otitique, syphilitique) ou, même, d'une pseudo-méningite ; après quoi, seulement, on aura le droit de s'arrêter au diagnostic de méningite tuberculeuse. Encore faudra-t-il y être autorisé, non seulement par les *symptômes*, mais encore par les *antécédents personnels ou héréditaires du sujet*, enfin par la *connaissance parfaite de l'entourage* (parents, amis, domestiques tuberculeux) ; *de l'habitation* (précédemment occupée par un phtisique) ; de l'*alimentation* (commune ou lactée) *de provenance suspecte*, à laquelle le petit malade a été antérieurement soumis.

Pronostic. — La méningite tuberculeuse entraîne, le plus souvent, un pronostic fatal, malgré les cas d'amélioration ou de guérison rapportés par les auteurs (Fonssagrives entr'autres).

Nous-même avons cru longtemps avoir eu un cas de guérison, chez une fillette actuellement âgée de 18 ans, que nous avons suivie pendant 11 ans (8 après sa méningite) et qui, tout

ce temps-là, a présenté et présente encore les signes de la tuberculose pulmonaire, les hémoptysies même, sans que ses crachats aient jamais contenu le bacille de Koch (1).

Traitement.— Le traitement de la méningite tuberculeuse donne lieu à *deux indications fondamentales.*

La *première* est celle de la *méningite* proprement dite (voir, plus haut, la manière de la remplir).

La *seconde* est celle de *nature*, qui *indique* l'emploi des *moyens antituberculeux* (voir *Tuberculose*).

On a beaucoup préconisé l'iodure de potassium, dans ces cas. Il est *toujours bon de recourir à ce moyen*, combiné à l'usage des mercuriaux, en friction ou par voie gastrique, qui sont si utiles dans la méningite syphilitique, parfois difficile à reconnaître, nous l'avons déjà dit.

III. — Hydrocéphalie

Définition. — L'hydrocéphalie n'est pas autre chose que l'*hydropisie du cerveau* et, en particulier, *des ventricules*, survenant au moment où le crâne est encore incomplètement développé.

Étiologie. — Les causes de l'hydrocéphalie sont fort obscures. Elles paraissent être, le plus souvent, des *arrêts de développement.* Mais, *de quelle nature* peuvent être ces arrêts, pour amener ainsi l'accumulation de liquide dans la cavité du crâne, la distension des ventricules surtout et, consécutivement, celle de la boîte crânienne elle-même ?

Certains auteurs signalent l'oblitération de l'aqueduc de Sylvius; d'autres, celle du trou de Monro.

(1) Tout récemment, ce cas nous a paru se rattacher à la *pneumopathie* ou mieux à la *phthisie syphilitique héréditaire tardive*, décrite par M. le Professeur Fournier (Syphilis héréditaire tardive, Paris, Masson, 1886, pages 536-543), dont l'auteur ne rapporte que 5 cas : deux seulement cliniques (Dubousquet-Laborderie et Gaucher, Dr Latty), et trois nécropiques (Lancereaux, A. Fournier, Lannelongue), enfin un 6e incomplet (Lancereaux).

Toute cause oblitérante des conduits ou orifices, qui mettent les divers ventricules du cerveau en communication libre avec le liquide céphalo-rachidien, doit avoir un pareil résultat.

Il en est, certainement, de même pour toutes les causes *d'oblitération ou de compression vasculaires* (veines ou sinus), gênant ou empêchant le retour du sang veineux, de l'encéphale aux veines jugulaires et au cœur droit.

Un certain degré, sinon d'hydrocéphalie, du moins d'œdème cérébral, nous paraît susceptible de se produire, aussi, sous l'influence d'une *gêne circulatoire, cardiaque ou pulmonaire (cardio-pulmonaire le plus souvent)*, telle qu'on l'observe, par exemple, dans la *coqueluche*, où il existe même, on se le rappelle, un *œdème sous-cutané du visage,* expliquant la *tuméfaction de la face*, si communément observée au cours de cette maladie.

Non seulement les *phlébites cérébrales* de toute nature, mais les *tumeurs diverses* (gommes syphilitiques, tubercules, sarcôme) qui compriment et oblitèrent les vaisseaux veineux, enfin les *méningo-encéphalites* et surtout les *pachy-méningites* (si fréquentes dans le jeune âge), sont susceptibles de déterminer, par un mécanisme analogue, sinon identique, l'hydrocéphalie.

La syphilis héréditaire et cérébrale paraît jouer un rôle considérable dans sa pathogénie (1).

Symptomatologie. — L'enfant hydrocéphale se présente, aux yeux de l'observateur, avec une *tête, dont le volume frappe tout d'abord.*

La *main* du pédiâtre, appliquée sur la boîte crânienne, ne tarde pas à lui faire constater de la mollesse et de la fluctuation en divers points de celle-ci, principalement au niveau des fontanelles (antérieure et postérieure) ou des sutures (frontale, fronto-pariétale, sagittale, occipito-pariétale, pour ne citer que les plus importantes).

Le plus souvent, l'enfant *ne peut pas tenir sa tête* ou, s'il la tient, c'est *avec beaucoup de difficulté.*

(1) Baumel et H. Coustan, L'hérédo-syphilis à forme viscérale, principalement cérébrale, chez l'enfant, in Nouv. Montp. Médical, 1900.

D'ordinaire, *il faut la lui soutenir* quand on le lève de son

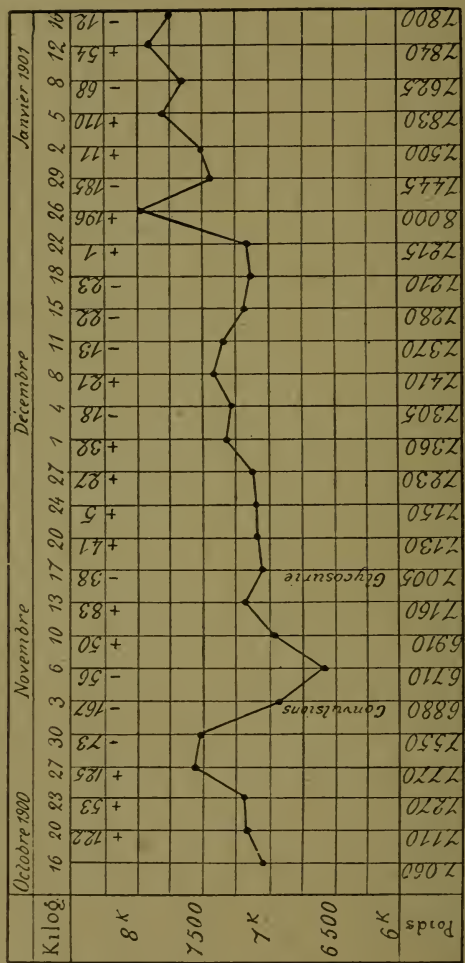


Fig. 42

Courbe des pesées relative à un hydrocéphale (hérédo-syphilitique) âgé de 11 mois et ayant présenté, momentanément, des convulsions et de la glycosurie.

berceau, sinon elle tomberait, soit en avant sur le sternum,

soit à côté sur les épaules, soit même en arrière, dans le sens où l'entraînerait son centre de gravité, suivant la position qu'elle occupe.

Parfois, *non seulement les fontanelles et les sutures sont molles et fluctuantes*, mais encore *elles sont élargies et offrent, à la pression, une résistance particulière*, bien faite pour donner une idée de la *tension intra-crânienne, sinon intra-cérébrale*, qui existe.

L'encéphalocèle ou hernie cérébrale est un degré de plus, d'accentuation, de l'état précédent.

Dans ce cas, le cerveau ou, du moins, les méninges (encéphalocèle ou méningocèle) *semblent faire hernie au niveau des divers vides crâniens* (fontanelles, sutures). Nous avons vu, même, l'encéphalocèle se produire à la *racine du nez*.

L'intelligence, dans l'hydrocéphalie, est généralement nulle ou affaiblie et, dans tous les cas, bien au-dessous de la moyenne.

Le petit malade a souvent du *strabisme* et, plus communément, du *strabisme divergent*.

Ses globes oculaires font saillie, plus ou moins fortement, en dehors de leurs orbites. Il y a, fréquemment, un *exorbitisme* des plus marqués, donnant, à la physionomie du petit malade, une laideur et un aspect bien caractéristiques.

Les fonctions végétatives se font, d'ailleurs, ordinairement bien. *L'hydrocéphale tète, même, quelquefois trop.*

Les *indigestions*, que les vomissements surviennent ou non, sont *fréquentes. Elles contribuent à augmenter le nombre des convulsions, parfois considérable*, que l'on observe au cours de l'hydrocéphalie et à la moindre occasion, pour ainsi dire, dans cette maladie.

J'ai eu dans mon service, avec sa mère qui l'allaitait, un enfant hydrocéphale, d'un an environ, lequel avait des *convulsions fortes, à chaque poussée d'évolution dentaire*. Nous les calmions chaque fois, assez facilement d'ailleurs, par la potion à l'hydrate de chloral (25 à 30 centigrammes, pour 60 grammes de véhicule, sirop compris).

Les *convulsions précèdent et préparent, parfois, l'hydrocéphalie, qu'elles accompagnent, aussi, souvent ;* peut-être, même, plus souvent encore.

Tous les hydrocéphales ne sont pas, tant s'en faut, *dans l'impossibilité absolue de soutenir leur tête.* Quelques-uns la portent assez convenablement, bien que son volume ait toujours de la tendance à entraîner le corps tout entier du petit malade dans le sens de son propre centre de gravité.

Si certains hydrocéphales succombent de bonne heure et dans les premières années de la vie, par suite de *convulsions* survenant au moment de l'évolution dentaire, *d'eschares au sacrum* en raison du décubitus dorsal prolongé, *d'infections diverses* ou de *maladies de toute nature ; il en est d'autres, qui peuvent vivre un certain temps et arriver à la seconde enfance, à l'adolescence ou, même, dépasser celle-ci.*

Diagnostic. — Le diagnostic d'hydrocéphalie paraît facile. Il l'est en réalité. Mais il ne faudrait pas croire *a priori* qu'on ne peut confondre, avec elle, aucune autre maladie du jeune âge.

Nous avons présents à l'esprit deux cas, en particulier, relatifs, l'un à un malade de notre clinique, l'autre à un enfant vu par nous dans notre clientèle privée et qui avaient été considérés, tous deux, comme atteints d'hydrocéphalie. Or, ce n'était que du *rachitisme, portant plus spécialement sur l'extrémité céphalique.*

Dans ces cas en effet, ainsi que cela se produit communément en pareilles conditions, *les fontanelles et les sutures, plus agrandies que de coutume, donnaient lieu, à la palpation, à une certaine sensation de mollesse, sinon de fluctuation.*

Mais, le *faciès* de ces enfants était *normal et nullement hébété;* leur *regard, vif;* leurs *mouvements, même céphaliques, conservés.* C'est là une de ces erreurs, contre lesquelles nous ne saurions trop mettre en garde le pédiâtre. Quelque difficile que soit le diagnostic, avec un peu d'attention, on doit pouvoir le préciser.

Pronostic. — Le pronostic est toujours grave. La mort survient d'une façon plus ou moins précoce.

La vie de l'hydrocéphale est celle d'un *infirme, sans intelligence*, d'ordinaire, ou à peu près, *avec des convulsions épileptiformes, souvent.*

Plus tard, c'est de l'*imbécillité* (voir ce mot), avec, assez fréquemment, de l'*onanisme inconscient*. C'est une des dégradations de l'homme, les plus pénibles que l'on puisse observer.

Traitement. — Le traitement est *diététique d'abord.*

Il faut régler les tétées, chez le nourrisson, l'alimentation, dans la suite, le plus intelligemment possible.

Les résolutifs (iodiques) sont à diriger contre les vestiges de pachyméningite ou contre les diverses tumeurs cérébrales, que l'on peut observer dans ces cas.

Le traitement antisyphilitique sera de rigueur, quand on se trouvera en présence de la syphilis héréditaire ou acquise.

Les convulsions seront combattues par les divers moyens que nous conseillons. plus loin, contre ce symptôme.

La ponction, dans les cas d'obstruction des orifices ou des conduits de communication, semblerait devoir être utile, au moins passagèrement. On ne connaît, encore, aucun cas de guérison par le traitement chirurgical.

IV.— Sclérose cérébrale atrophique (méningite chronique). — Hémiplégie infantile

Définition. — La sclérose cérébrale atrophique est définie, en quelque sorte, par son appellation. C'est l'*atrophie d'un lobe* ou, mieux, d'un *hémisphère*, entraînant d'ordinaire, à sa suite, l'*hémiplégie du côté opposé du corps.*

Etiologie. — Bien des causes sont susceptibles de produire cette sclérose cérébrale. La méningo-encéphalite, quelle qu'en soit la nature, est suffisante, à elle seule, pour la déterminer.

Nous l'avons observée, assez souvent, à la suite de la *coqueluche*, des *convulsions en général*, de la *syphilis héréditaire*, de la *rougeole*, etc.

Il est une forme de *sclérose cérébrale atrophique*, qui peut exister *dès la naissance*, c'est la forme *congénitale*. Elle est *assez rare*, toutefois.

Beaucoup plus communément, c'est très *peu de temps*

(quelques semaines, quelques mois) ou *davantage* (quelques années) après la naissance qu'on l'observe. Elle est dite *acquise*, dans ces cas. Elle *ne se produit pas après neuf ans.*

Symptomatologie. — C'est, d'ordinaire, par l'*hémiplégie* que se révèle l'atrophie cérébrale.

L'entourage est frappé, tout d'abord, de l'impotence fonctionnelle, portant sur *un côté*, de préférence; *principalement*, même, sur *le bras.*

Cette symptomatologie n'a rien d'absolu et si, dans certains cas, la paralysie existe, exclusivement, ou prédomine d'un seul côté, le plus souvent elle s'étend aussi à l'autre, qu'elle envahit plus ou moins et qu'elle frappe avec une intensité plus ou moins grande.

Il y a *deux raisons* à cela. La *première*, c'est que *certaines fibres motrices, venues de l'hémisphère cérébral lésé, se distribuent au côté du corps correspondant.*

La *seconde* c'est que la *lésion peut ne pas être circonscrite à une moitié du cerveau* et les causes, qui l'ont produite dans un côté de l'encéphale, peuvent avoir suscité le développement d'une autre, sinon égale, du moins de même nature et concomitante, dans l'hémisphère opposé.

De là, on le conçoit sans peine, des *variétés infinies*, dans l'atrophie cérébrale et dans l'ensemble symptomatique auquel elles donnent lieu. De là, depuis une paralysie incomplète d'un côté du corps, accompagnée ou non d'un certain affaiblissement du côté opposé, jusqu'à une *paraplégie véritable* et une *paralysie* à peu près *généralisée* et presque *absolue.*

Il nous semble que l'étude ultérieure de ces faits et des observations qui y sont relatives permettra d'établir des catégories, aussi faciles à comprendre qu'à interpréter.

En attendant, qu'il nous suffise de savoir que *plusieurs processus pathologiques* peuvent présider à la production de la sclérose cérébrale atrophique. Un processus de *dehors en dedans*, résultant de la *méningo-encéphalite.* Un processus, que nous qualifierons de *vasculaire*, dû à l'*oblitération* ou à la *compression*, sinon à l'*infection*, de vaisseaux artériels importants. Ce dernier rappelle, jusqu'à un certain point,

la paralysie par embolie cérébrale, que l'on peut observer chez l'enfant, comme chez l'adulte. Nous l'avons vue survenir, longtemps après une endocardite variolique, chez un garçon dont l'observation avait été publiée comme un cas d'hypertrophie de croissance.

Nous sommes convaincu qu'avec une analyse clinique plus rigoureuse et une étude plus approfondie des faits observés, on arrivera à admettre des *scléroses ou atrophies cérébrales, partielles ou totales*, par rapport à un hémisphère, considéré isolément, ou au cerveau lui-même, envisagé dans son ensemble.

Si la *paralysie* est le symptôme le plus frappant et qui met immédiatement sur la voie de la lésion, il faut bien reconnaître que *certains troubles, sensitifs ou sensoriels et même intellectuels*, peuvent rendre compte de la participation, à la sclérose, de zones corticales autres que la zone motrice, ce qui est indispensable à établir, selon nous, dans chaque cas particulier.

Nous avons parlé des *lésions primitivement corticales* et de celles qui sont exclusivement *de siège vasculaire*. Nous devons y ajouter les altérations qui résultent d'une *compression directe des fibres blanches, nerveuses*, par une tumeur développée sur leur parcours et dans le tissu conjonctif de voisinage (gommes syphilitiques, par exemple).

Une fois l'atrophie cérébrale produite, on conçoit que les *os du crâne* ne subissent plus leur développement progressif; on comprend, en outre, que se forment, prématurément, leurs soudures.

On aurait ainsi, nous semble-t-il, la facile explication de bien des *déformations céphaliques, difficiles à cataloguer*, dans l'état actuel de nos connaissances.

Combien d'*asymétries faciales ou crâniennes*, combien de *malformations* de la partie *antérieure, moyenne* ou *postérieure*, du crâne, seraient dès lors faciles à interpréter ! Ainsi se trouveraient expliqués bien des *arrêts de développement crânien*, que l'on a cru longtemps *primitifs* et que la chirurgie

contemporaine a essayé de combattre à l'aide de la trépanation, sans trop de succès, il faut le reconnaître.

Ces *microcéphalies*, parfois si marquées, sont le plus souvent, pour ne pas dire toujours, *secondaires à un arrêt de développement cérébral*, correspondant à une *sclérose cérébrale atrophique*.

On pourrait, jusqu'à un certain point, comparer ces déformations du crâne à celles produites, dans d'autres conditions, sur le thorax, qui, tantôt aplati d'un côté seulement, l'est, tantôt aussi, des deux à la fois; mais qui, le plus souvent, ne présente que des *déformations partielles* et, suivant le cas, *uni ou bilatérales*.

Anatomie pathologique. — Les lésions, habituellement rencontrées du côté de l'encéphale, consistent en : *des taches jaunes*, dans la substance grise; des *kystes*, dans la substance blanche ou dans l'arachnoïde ; de la *sclérose cérébrale*, d'une étendue variable ; enfin, de la *porencéphalie*. Ces lésions sont : les unes primitives, les autres secondaires.

Diagnostic. — Ce qui frappe tout d'abord, nous l'avons dit plus haut, dans la sclérose cérébrale atrophique, ce sont les *paralysies* et surtout l'*hémiplégie*, qui en résultent, d'ordinaire.

Si ce symptôme est *unique* lorsque la lésion est limitée à la zone corticale motrice, il s'accompagne de *troubles intellectuels*, *sensitifs* ou *sensoriels*, quand celle-là s'étend aux lobes cérébraux antérieur, moyen ou postérieur. La lésion est-elle bilatérale ? Les symptômes sont, eux aussi, bilatéraux.

Lorsque la paralysie résulte d'une lésion corticale, elle peut ne pas s'accompagner de dégénérescence descendante, de contractures, ni d'exagération des réflexes. Celles-ci peuvent, cependant, s'ajouter aux premiers symptômes, toutes les fois que la dégénérescence médullaire, descendante, se produira, pour un motif quelconque.

La *paralysie*, *elle-même*, *peut disparaître à peu près complètement*, ainsi que nous l'avons observé sur une fillette de 13 ans, chez laquelle il n'existait guère qu'un peu d'*atrophie musculaire*, *très discrète*, à droite (où avait existé l'hémiplégie), avec des *attaques épileptiformes* (ce qui est assez fré-

quent dans ces cas), attaques *datant de l'âge le plus tendre*

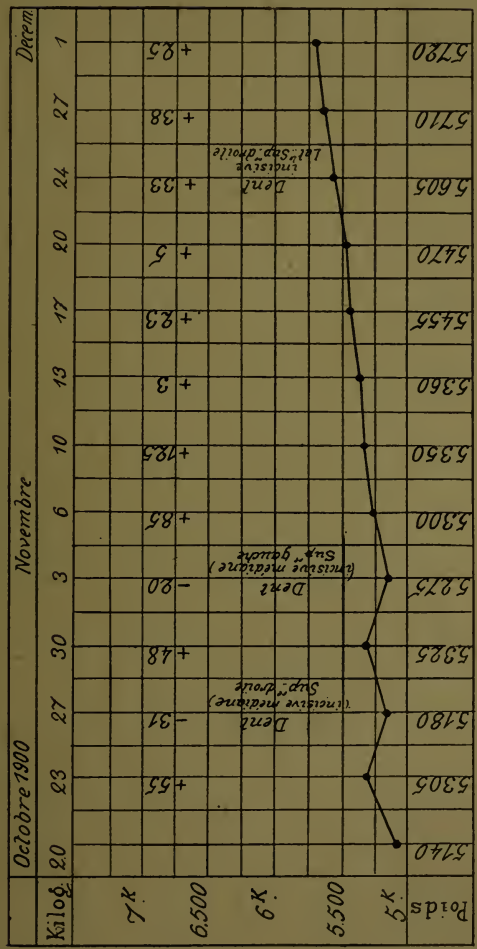


Fig. 43.

Hérédo-syphilis cérébrale chez un enfant de 14 mois. Courbe des pesées.
Convulsions à 8 mois. Cécité consécutive. Raideur générale persistante.
Les chiffres, précédés des signes + ou — et placés au-dessus de la courbe, indiquent l'augmentation ou la diminution moyenne, du poids du corps, en grammes et par jour.

(1 à 2 ans) et *de plus en plus rares à mesure que l'on s'éloignait*

davantage du moment où était survenue l'hémiplégie ; enfin, un *état intellectuel médiocre* (enfant arriérée) et la déplorable habitude de relever ses jupes devant les hommes.

Cette malade sait à peine *épeler,* c'est-à-dire qu'elle *nomme les lettres,* sans les assembler, pour en former des syllabes, encore moins des mots.

Elle a eu la rougeole, à 1 an et demi ; à deux ans, *une méningite, avec hémiplégie droite et perte momentanée de la parole.*

Dès la naissance, elle avait été soumise à l'*allaitement mixte.* Elle avait eu, *même avant la rougeole,* de *fréquentes convulsions.*

Il est important, à notre avis, de tenir compte du rôle qu'ont dû jouer, dans ce cas : 1° l'allaitement mixte ; 2° l'évolution dentaire (de 6 mois à 2 ans) ; 3° enfin, la rougeole, datant à peine de 6 mois, au moment où survint la méningite avec hémiplégie, et qui avait, très probablement, laissé à sa suite : de l'adénopathie bronchique, du cœur forcé, peut-être, même, du gros ventre (V. rougeole).

Seule, l'hémiplégie banale (par hémorrhagie, embolie, etc.) pourra présenter quelque ressemblance avec la sclérose atrophique du cerveau. Les anamnestiques du sujet et, à leur défaut, l'examen clinique des organes, du cœur en particulier, pourront dissiper les doutes que l'on pourrait conserver à cet égard.

Pronostic. — Le pronostic est toujours grave, sinon au point de vue de la conservation de la vie, du moins eu égard à l'*impotence fonctionnelle,* aux *arrêts de développement,* aux *attaques épileptiformes,* à l'*état arriéré du sujet,* qui résultent, habituellement, de la sclérose atrophique du cerveau.

On voit assez souvent, dans ces cas, des membres entiers (un bras, une jambe) arrêtés dans leur développement ultérieur. Cela se conçoit aisément, sans que nous ayons besoin d'insister.

Ces êtres sont des imparfaits, souvent des arriérés, dans toute l'acception du mot. *Ils nécessitent une instruction et une éducation, morale et physique, particulières* (voir le chapitre suivant).

Traitement. — Le traitement doit être institué le plus rapidement possible. Il doit surtout *viser la cause*, qui, dans chaque cas particuler, a présidé à la production de la sclérose cérébrale atrophique.

Les *résolutifs*, l'*iode et les iodiques*, sont tout particulièrement indiqués. Il en est de même des *eaux chlorurées sodiques, froides* et, en particulier, des *bains de mer ou d'étang ;* mais aussi, *thermales*, comme celles de Balaruc-les-Bains, de Salies-de-Béarn, sans oublier les *boues* (de Balaruc, par exemple) et le *traitement marin* (séjour prolongé au bord de la mer). On se rappellera qu'au-dessous de 2 ans les bains de mer ne doivent point être prescrits.

Contre la syphilis, acquise ou héréditaire, le traitement spécifique (mercuriaux, iodure de potassium) devra être institué de bonne heure. Les frictions mercurielles, la liqueur de Van Swieten, le sirop de Gibert-Boutigny (dont la dose variera suivant l'âge du sujet et celui de la lésion), trouveront, ici, leurs indications spéciales et rendront, parfois, les plus signalés services.

Les *attaques épileptiformes* seront traitées, en outre, *comme l'épilepsie* elle-même.

Contre la paralysie, l'électricité — courants interrompus (muscles) et *continus* (nerfs et nutrition générale) — sera parfaitement indiquée.

Il en sera de même du *séjour à la campagne*, de la *gymnastique*, du *massage* et de tous les *exercices corporels*, auxquels l'enfant pourra se livrer ou être soumis.

C'est dans ces cas que les *asiles-écoles, pour enfants arriérés*, seront on ne peut plus profitables, en vue d'obtenir, de ces petits malades, *tout le développement, intellectuel et moral, que comporte leur état.*

Le but à atteindre sera : 1° de *rendre ces enfants utiles à eux-mêmes et à la société ;* 2° de les *arracher au vice ou au crime*, auxquels ils sont presque fatalement voués, sans cela, et par leur faible intelligence et par leur instruction ou leur éducation le plus souvent nulles.

V. — Idiotie. Imbécillité

Définition. — L'idiotie et l'imbécillité sont deux formes d'aliénation mentale propres à l'enfance et dues, l'une et l'autre, à un arrêt de développement cérébral.

L'*idiotie* serait toutefois *congénitale*, d'après Pinel ; l'*imbécillité*, au contraire, serait *acquise* et *surviendrait*, par conséquent, *un temps plus ou moins long après la naissance.*

D'après lui, l'*idiot n'a jamais été intelligent*, l'imbécile a pu l'être, pendant les premiers mois ou les premières années de son existence.

Cette définition doit être maintenue, à notre avis, malgré les tentatives faites, depuis Esquirol et dans ces derniers temps, pour admettre une *idiotie acquise*, qui *n'est autre* qu'un *degré* particulier de *l'imbécillité.*

Notre savant et regretté maître, le Professeur Cavalier (de Montpellier), partageait la manière de voir de Pinel.

Nous l'avons défendue. dans nos leçons cliniques sur les Maladies des Enfants (1893), comme plus conforme aux faits observés par nous.

Nous l'admettons encore aujourd'hui, comme renfermant la plus grande part de vérité et comme s'appliquant à l'immense majorité des faits, tout en reconnaissant, avec Esquirol et son école, des degrés dans l'imbécillité qui peut, ainsi, se rapprocher considérablement de l'idiotie. Peut-être, même, le jour n'est-il pas éloigné où il faudra, aussi, en admettre dans l'idiotie (congénitale) et nous posséderons, alors, les divers intermédiaires qui nous manquent.

Il s'agit de s'entendre, au sujet de l'acception donnée aux termes dont on se sert. C'est surtout utile et indispensable, en pédiâtrie.

Etiologie. — Toutes les causes d'arrêt de développement cérébral et même intellectuel peuvent amener l'*idiotie*, si elles exercent leur action pendant la *vie intra-utérine* ; l'*imbécillité*, si c'est, au contraire, *après la naissance.*

Parmi les *premières*, nous trouvons : les *inflammations des méninges ou du cerveau*, disons mieux, les *infections de ces tissus ou organes*.

La plupart des maladies infectieuses de la mère (fièvre typhoïde, variole, pneumonie, *syphilis surtout*, etc., etc.) sont capables de les déterminer et, par suite, de produire l'idiotie, lorsqu'elles surviennent pendant la gestation, sans provoquer l'expulsion du produit de la conception.

Il en est de même, d'ailleurs, des *affections propres au fœtus* et, en particulier, de la *syphilis héréditaire et paternelle*.

Parmi les *secondes*, figurent *encore*, au premier rang, les *méningites* ou *méningo-encéphalites, aiguës ou chroniques*, développées sous l'influence d'une infection quelconque. Il en est de même des *convulsions* en général, des *hémorrhagies*, des *tumeurs* cérébrales. Au nombre et en tête de celles-ci, doivent prendre place : les lésions syphilitiques (gommes), les scléroses de tout ordre (atrophie cérébrale) ; viennent, ensuite, la tuberculose, le carcinome, les kystes, etc., etc.

Symptomatologie. — Ce n'est pas au moment même de la naissance ou peu de jours après que l'on s'aperçoit, d'ordinaire, de l'existence de l'idiotie. Ce n'est guère que lorsque *deux ou trois mois* se sont écoulés, parce qu'à cette époque les enfants normaux commencent, habituellement, à donner *quelques signes d'intelligence*.

L'idiot se distingue des nourrissons de son âge en ce que, d'abord, son *regard paraît moins vif*, moins *expressif*.

Rien ne l'intéresse, contrairement à ce qui se passe chez un enfant normal. Il reste *impassible*, au milieu de son entourage. Il est *insensible aux caresses* qu'on lui fait. Il ne suit point aussi facilement, *des yeux*, les objets brillants, la lumière, les personnes, qui sont journellement autour de lui.

Cet *état, peu marqué* ou du moins peu appréciable *dès l'abord, l'est beaucoup plus à mesure que le nourrisson idiot, devient plus âgé*.

Plus il avance, en effet, dans la vie, plus la comparaison, établie entre lui et un enfant normal de même âge, est probante dans ce sens.

L'*aspect* d'un idiot est un peu *particulier*. Il est *décelé* et reconnu *de bonne heure, par un œil quelque peu exercé*.

L'idiot est généralement un *microcéphale*, c'est-à-dire que les *divers diamètres de son crâne* et, par suite, la *circonférence* de celui-ci, sont loin d'atteindre, étant donné l'âge du sujet, les dimensions qu'elles ont d'ordinaire. Cette *microcéphalie* contraste, souvent, avec un développement plus considérable des autres parties du corps, envisagées dans leur ensemble, ou avec celui, au contraire, de quelques-unes seulement.

Il est assez commun que telle ou telle partie du crâne et, conséquemment, du cerveau paraisse *plus atrophiée ou moins développée* que telle autre. *C'est, surtout, la région frontale qui est généralement rétrécie*. Ce rétrécissement peut porter également sur *l'ensemble de l'extrémité céphalique*.

Quand arrive le *moment de parler* (8 à 10 mois), l'idiot est en *retard*.

Ce n'est que *fort longtemps après la première année*, souvent au cours de la *troisième* ou de la *quatrième* seulement, qu'il *commence à articuler les premiers mots* et, encore, le fait-il d'une façon anormale.

L'idiot *paraît toujours moins âgé* qu'il ne l'est en réalité. Il reste enfant, on peut dire, toute sa vie, par sa *tête*, ses *idées*, ses *gestes*, sa *parole*.

Les *fonctions végétatives ou automatiques se font relativement bien*, chez lui.

C'est ainsi que l'*alimentation*, la *digestion*, la *marche*, s'effectuent encore assez convenablement.

Seuls les actes, dans lesquels l'*idéation* et l'*intelligence* sont mises en jeu, laissent à désirer.

De bonne heure, en effet, les enfants normaux et bien élevés demandent à satisfaire leurs besoins de défécation ou de miction. L'*idiot*, au contraire, *reste longtemps gâteux ; il mouille et salit ses vêtements, sa literie*.

Ces enfants deviennent, de ce fait, un *objet de dégoût* pour leurs petits camarades, qui *se moquent d'eux* facilement, les *taquinent, les frappent*.

Ce sont de *petits martyrs*, voués, d'ailleurs, à l'ignorance complète.

A supposer, en effet, qu'on les envoie *en classe*, *ils n'y apprennent rien ou à peu près*. Ils *dérangent* plutôt leurs jeunes camarades, par leurs *cris*, leurs *gestes*, leurs *grimaces*.

C'est là une catégorie de ces *enfants*, appelés *arriérés*, pour lesquels la société moderne devrait bien faire quelque chose. Car, ainsi que nous l'avons dit ailleurs (1), ayant constamment besoin de leur mère, pour les garder et éviter les nombreux accidents (brûlures, chutes) qui leur arriveraient sans cela, ils l'empêchent de travailler et de gagner sa vie, ce qui augmente la misère dans les familles d'ouvriers, où on les rencontre malheureusement trop souvent.

Si, au contraire, *il existait de vrais asiles pour ces enfants*, *comme il existe des hôpitaux pour les maladies aiguës du même âge*, on pourrait *les classer par catégories* et en tirer tout le parti possible, au point de vue du développement, physique et intellectuel, dont ils sont susceptibles. C'est ce que fait à la Salpêtrière, avec l'autorité qui s'attache à son nom, M. le docteur Bourneville (2).

Ces enfants, dits arriérés, *ne sont pas extrêmement nombreux*, *relativement du moins*. Voilà pourquoi, une tentative de ce genre devrait être faite, à notre avis, pour la *France entière*.

Le pédiâtre, surtout, est à même de comprendre l'étendue des misères que l'on soulagerait ainsi (misères autant morales que

(1) L. Baumel. Discours d'inauguration de la clinique des maladies des enfants de l'hôpital suburbain, en présence de M. Leygues, ministre de l'Instruction publique, 12 avril 1899 ; in Montpellier Médical, même année.

(2) Voir à ce sujet, l'ouvrage de M. le Dr Pornain, intitulé : Assistance et Traitement des idiots, imbéciles, débiles, dégénérés anormaux, crétins, épileptiques (adultes et enfants). Assistance et Traitement des alcooliques. Colonies familiales. Préface du Dr Magnan, in-8° de 212 pages, Progrès médical et Félix Alcan, Paris, 1900.

Voir, aussi, le beau volume du Dr H. Thulié sur : Le dressage des jeunes dégénérés ou Orthophrénopédie, avec 53 figures dans le texte, in-8° de 678 pages. Progrès médical et Félix Alcan, Paris, 1900.

physiques de bien des familles et de bien des mères) sans qu'il en résultât, croyons-nous, une dépense qui fût en rapport avec l'immensité du service rendu, aux parents sans doute, mais aussi et par dessus tout, nous en sommes pertinemment convaincu, aux enfants eux-mêmes.

L'*imbécillité revêt un tableau clinique à peu près analogue à celui de l'idiotie.* L'enfant, toutefois, a subi un certain développement intellectuel, jusqu'au jour où est survenue l'imbécillité par arrêt de développement, dans les circonstances précédemment signalées. Aussi existe-t-il, chez le petit malade, un *certain degré d'intelligence*, degré d'autant plus accentué que la maladie l'a frappé à un âge plus avancé.

Nous avons, dans nos leçons cliniques sur les maladies des enfants, établi un parallèle entre l'imbécillité et l'idiotie, nous basant sur deux malades, que nous avons gardés longtemps, dans le service.

Tandis que l'*idiot* n'avait *à sa disposition* que *deux ou trois mots*, l'*imbécile*, au contraire, *en avait beaucoup plus.* Celui-ci pouvait, même, *répéter tout ce qu'on lui disait*, sans qu'on l'en priât d'ailleurs et par suite d'une *coordination d'idées impossible à retrouver chez l'idiot.* C'est ce fait que nous avons désigné, dans ce cas particulier, sous le nom de: *parole en écho* (1).

La *dimension du crâne peut être la même, dans les deux cas*, comme chez ces deux enfants. Nous parlons de la circonférence. Tandis, en effet, que l'un d'eux (l'*idiot*) avait un *crâne presqu'uniformément microcéphalique*, l'autre (l'*imbécile*) paraissait *macrocéphale, vu de face*, mais présentait un *aplatissement, postérieur et occipital, des plus remarquables.*

L'*onanisme* est assez *fréquent, au moment de la puberté*, chez ces enfants. L'*imbécile semble devoir s'y livrer plus facilement* et plus volontiers que l'idiot, en raison, d'une part, de la *faible lueur* qui lui reste et, d'autre part, des *sensations bestiales plus faciles à être perçues ou provoquées*, chez lui.

(1) L. Baumel. Idiotie et Imbécillité, in Leçons cliniques sur les maladies des enfants, Paris, Masson, 1903.

On peut tirer, de l'*imbécile*, un *parti plus grand encore* que de l'idiot, *par le système d'hospitalisation et d'éducation dont nous parlions tout à l'heure*, en raison de son développement intellectuel, incomplet sans doute, mais plus avancé que chez l'idiot.

Diagnostic. — Le diagnostic, de l'idiotie et de l'imbécillité, est relativement facile, comme cela ressort suffisamment, croyons-nous, de la description que nous avons faite de l'une et de l'autre.

Il est certains cas d'*atrophie cérébrale* et, même, de *paralysie infantile* qui, *a priori* tout au moins, peuvent être confondus avec ces deux états. Un peu d'attention et une certaine habitude d'observation permettront rapidement de les reconnaître et de les en distinguer.

On s'apercevra bien vite que le *paralysé*, en dehors des mouvements de *marche*, de *préhension*, de *langage*, qu'il ne peut exécuter normalement, répond, *ne serait-ce que par signes*, d'une façon satisfaisante et donne ainsi à comprendre que son intelligence est à peu près totalement conservée.

Bien des variantes peuvent cependant être observées, comme nous l'avons dit plus haut, *entre ces états extrêmes, qui peuvent, sans se confondre, se rapprocher* plus ou moins, ainsi que la clinique en donne, tous les jours, de fréquents et de nombreux exemples.

Pronostic. — Le pronostic est toujours grave, plus grave toutefois dans l'idiotie (absence à peu près totale de l'intelligence) que dans l'imbécillité, qui présente, elle-même, des degrés, variés à l'infini.

Il est évident que ces enfants, imbéciles ou idiots, seront toujours des *arriérés* ou, pour mieux dire, *des incomplets*.

Traitement. — Le traitement comprend *quatre indications fondamentales*.

La *première* c'est de soumettre le malade à une *alimentation régulière* et réparatrice, mais non trop copieuse.

La *seconde*, de prescrire des *résolutifs* (iode, iodures)

destinés à résoudre, dans la mesure du possible, *les lésions, cérébrales ou crâniennes, encore susceptibles d'être amendées.*

La *troisième*, d'administrer des *reconstituants* et, en particulier, du phosphate de chaux, *pour favoriser le développement, aussi considérable que possible, de l'encéphale et du crâne.*

La *quatrième*, enfin, de *veiller à l'instruction et à l'éducation morale* de ces arriérés, afin de les rendre aussi utiles que possible, à eux-mêmes d'abord, à la société ensuite, et d'éviter qu'ils ne soient les victimes inconscientes et faciles des libidineux et des libertins ou qu'ils ne deviennent, à leur tour, non seulement des êtres vicieux, mais encore, en raison même de leur faible intelligence, de vrais criminels.

VI. — Convulsions

Définition. — On désigne sous le nom de convulsions un *syndrome* principalement caractérisé par des *contractions toniques ou cloniques des muscles*, limitées à un membre, à un groupe musculaire, à un muscle (*partielles*) ; souvent, au contraire, généralisées (*totales*).

Etiologie. — Bien des causes sont susceptibles de produire les convulsions, chez l'enfant.

D'abord, on les observe *principalement dans la première enfance*, c'est-à-dire au dessous de 4 ans et *plus spécialement pendant les deux premières années.* Ensuite, quelles que soient leurs causes, elles ont *presque toujours pour point de départ l'excitation, isolée ou simultanée, d'un ou de plusieurs nerfs sensibles, périphériques.*

On a cité, parmi ces causes, les *piqûres d'épingle* (retrouvée dans les langes), les *vers intestinaux.*

Les *plus importantes*, à notre avis, *sont celles qui portent sur le trijumeau* (évolution dentaire), *sur le pneumogastrique* (pneumonie à son début, indigestion), enfin sur les *splanchniques* (gastro-entérite et, surtout, constipation).

Certaines *causes générales* (la *fièvre intense*, quelle qu'en

soit la nature ou l'origine ; les *auto-intoxications gastro-intestinales ;* la *constipation* et la *gastro-entérite, qui agissent dans ce sens)* sont susceptibles de les produire.

Souvent, plusieurs de ces causes se réunissent (coqueluche, dentition, sevrage, constipation) pour les déterminer.

C'est là, même, le *cas le plus habituel.* C'est au praticien de les rechercher et de les établir, pour chaque fait particulier.

Symptomatologie. — Fréquemment dans l'enfance, en plein état de santé apparente, éclatent subitement des convulsions, parfois très intenses. Un enfant vient de dîner, par exemple ; sa mère lui donne le sein à la promenade ; tout à coup, il est pris de violentes convulsions, au moment même où il tète.

Nous avons observé la chose, chez un nourrisson *d'un an, en évolution dentaire,* qui fut pris subitement d'*indigestion,* par suite de l'*excès d'alimentation auquel il avait été soumis.*

Un petit malade en convulsion *se raidit, dans tout son corps* ou, seulement, dans l'*une de ses parties.* Il exécute des *grimaces,* des *mouvements désordonnés,* parfois *rythmés.* Ses *yeux* se convulsent aussi. La *pupille,* le plus souvent *tournée en haut,* se cache sous la paupière supérieure. Parfois, du *strabisme,* convergent ou divergent, survient.

Ces *secousses,* ces *contractures* musculaires, *durent un certain temps,* 20 minutes, une demi-heure, une heure et plus. Elles *disparaissent,* ensuite, pour ne plus reparaître ou, au contraire, *se reproduisent pendant un laps de temps plus ou moins long* (des jours, des semaines, rarement des mois).

Souvent, le vomissement vient mettre fin à une convulsion intense, due à l'indigestion, et qui s'annonçait comme très grave.

Elles *se prolongent,* d'ordinaire, *lorsqu'elles ne sont pas la conséquence* d'un *accident passager,* comme l'indigestion, et lorsqu'au contraire elles sont liées à un *état pathologique, local* (pneumonie) *ou général* (fièvre intense de dentition ou de toute autre cause), plus ou moins persistant. Elles *durent beaucoup plus longtemps,* dans ces conditions. On les a appelées à tort, dans le premier cas, *idiopathiques* ; dans le second, *symptomatiques.*

Il est bon de savoir que toutes les convulsions ne sont pas aussi bruyantes et aussi manifestes que celles que nous venons de décrire.

Il en est qui constituent ce que l'on appelle, depuis longtemps, un *état convulsif* ou des *convulsions internes*.

Cet état se caractérise par une sorte de *coma*. L'enfant est *immobile*, les *yeux fermés*, semblant dormir ou, ceux-ci légèrement entr'ouverts, le regard fixe. L'œil conserve une immobilité absolue, même lorsqu'on passe, au devant de lui et à une très faible distance, certains objets, le doigt par exemple.

Les mères signalent, parfois, cet état au pédiâtre, en lui disant que leur enfant *n'y voit pas*.

Le petit malade *ne s'intéresse plus aux choses du dehors*, à celles qui se passent autour de lui, contrairement à ce qu'il faisait auparavant.

Il *refuse le sein* ou, du moins, *ne le prend pas*. Il en est de *même pour toute boisson* (tisane, potion) ou *alimentation liquide* (lait), qui lui est offerte.

C'est, surtout, dans les cas de fièvre intense que l'on observe cet état convulsif, dénommé aussi *convulsions internes*, en raison de la *nulle manifestation* des *convulsions à l'extérieur*.

La pupille est généralement dilatée et insensible, dans ces cas, c'est-à-dire non impressionnable à la lumière.

Un fait, tout aussi important à noter nous semble-t-il, c'est que *bien des maladies de l'enfance présentent, à leur période ultime et prémortelle, des convulsions*.

Celles-ci, *symptomatiquement identiques aux précédentes*, s'en distinguent, au contraire, essentiellement par leur *pronostic toujours des plus graves*, ainsi que nous l'a, depuis longtemps, appris Trousseau.

Le *mécanisme des convulsions*, leur mode pathogénique si l'on préfère, est toujours identique à lui-même, en ce sens qu'il résulte constamment de l'*excitation du centre convulsif de Nothnagel, qui s'étend des tubercules quadrijumeaux au bec du calamus scriptorius*.

Cette excitation, que l'on a pu *expérimentalement* produire à l'aide de courants électriques, se trouve réalisée, *pathologi-*

quement, par l'*irritation des filets périphériques du trijumeau*, du *pneumogastrique*, du *grand* ou du *petit splanchnique*, d'un *nerf sensitif* ou *centripète quelconque* (piqûre d'épingle, etc., etc.), ainsi que nous l'avons indiqué plus haut.

Certaines *dyscrasies* ou *intoxications* (1) peuvent aussi les produire.

Diagnostic. — Il semble, *a priori*, que l'on ne puisse pas confondre les convulsions avec une autre maladie.

Cependant, on trouve certains cas, d'*épilepsie à son début* ou, disons mieux, d'*accidents épileptiformes*, beaucoup plus communs qu'on ne pense, chez l'enfant, et qui permettent de se demander *où finissent les convulsions* (générales) *et où commencent les accidents épileptiformes sinon, même, l'épilepsie.*

Faut-il voir une différence dans la courte durée et la production éphémère des unes? dans la durée plus longue, au contraire, et la répétition plus fréquente des autres?

Ce n'est pas là une différenciation suffisante et qui satisfasse, à notre avis.

Nous voulons bien que, lorsque les convulsions sont limitées à un membre ou à la face, on ne les confonde pas avec l'épilepsie proprement dite, ni avec les accidents épileptiformes, plus ou moins, d'ordinaire, généralisés; mais, quand il s'agit de *convulsions générales*, le diagnostic devient beaucoup plus difficile, sinon impossible, et se base uniquement sur la durée éphémère et la production passagère des unes, sur la plus longue durée et la reproduction plus ou moins facile des autres.

Nous croyons, en résumé, *que la répétition des convulsions conduit aux attaques épileptiformes et que celles-ci, fréquemment reproduites, déterminent l'épilepsie*, ainsi que nous le verrons plus loin. Elles deviendraient donc *épileptogènes*.

Pronostic. — Les convulsions sont toujours un symptôme grave.

(1) L. Baumel, Symptômes tardifs et intenses de l'empoisonnement par le phosphore, observés chez une fillette de 7 ans, qui avait mangé d'une volaille trouvée morte. — Guérison. Bulletin de la Société de Pédiâtrie (de Paris), Séance du 23 février 1904 et Montpellier médical mars, même année.

En général bénignes, surtout quand elles éclatent en plein état de santé apparente ou au début d'une maladie (fièvre éruptive, pneumonie), elles sont, au contraire, d'un pronostic très grave quand elles surviennent à la fin d'une maladie (gastro-entérite par exemple), ainsi que, depuis longtemps, nous l'a enseigné Trousseau. Nous l'avons déjà dit.

Même lorsqu'elles guérissent, elles peuvent laisser, comme *trace de leur passage*, certaines *paralysies limitées aux membres ou à certains muscles de l'œil* (strabisme, etc.)

Ces atteintes plus ou moins profondes et indélébiles, portées ainsi par les convulsions aux centres nerveux, constituent des *tares pour l'avenir* et de *singulières prédispositions au nervosisme en général, à bien des maladies nerveuses en particulier.*

Traitement. — Le traitement comprend deux indications fondamentales : 1° *traiter la convulsion*; 2° *combattre les causes qui l'ont produite.* On remplira la *première* à l'aide d'une potion à *l'hydrate de chloral*; la *seconde*, par le traitement ici de la *pneumonie* (vésicatoire surtout), là de la *fièvre* (bains tièdes ou froids), ailleurs de la *constipation* (laxatifs ou purgatifs), mais, aussi, par une alimentation légère et bien réglée (lait, toutes les 3 heures).

VII. — Épilepsie

Définition. — L'épilepsie est une *névrose* caractérisée, tantôt par de simples *absences intellectuelles avec perte momentanée de connaissance* (*petit mal*); tantôt, au contraire, et le plus souvent, par des *attaques subites,* terrassant le malade en pleine santé apparente et le réduisant à l'état de *masse inerte* (sauf la respiration et la circulation qui persistent), et cela, pendant un temps plus ou moins long ; après quoi, surviennent des *convulsions, toniques d'abord, cloniques ensuite*, enfin du *stertor* et du *coma.* Le malade sort de son attaque comme *hébété* et *ne se rappelle rien* de ce qui vient de se passer.

Étiologie. — Les causes de l'épilepsie sont complexes. Elles nous paraissent avoir été, même de nos jours, incomplètement étudiées.

Sans doute la prédisposition joue un rôle considérable. On voit, assez souvent, des enfants d'épileptiques, d'hystériques, de nerveux, d'alcooliques, être atteints d'épilepsie.

Mais il est des causes, occasionnelles ou déterminantes, de *premier ordre,* que tout praticien et surtout tout pédiâtre doit connaître ; car, elles *jouent certainement un rôle plus considérable dans la production de la maladie.*

Parmi elles, nous citerons : les *émotions morales* (mort d'un proche parent), les *frayeurs,* la *peur,* la présence de *vers intestinaux.* Nous avons vu une jeune fille de 13 ans, dans ces conditions, avec de nombreux oxyures dans les fèces. Elle fut guérie, après la disparition des parasites.

Ces causes sont pour ainsi dire banales et exceptionnelles à la fois. Quelle que soit leur importance, elles n'ont jamais celle de deux autres, qui sont : la *boulimie* ou la *polyphagie* et l'*évolution dentaire.* Les enfants *gros mangeurs* sont sujets à l'épilepsie. Et il ne faut pas voir, dans cette dernière maladie, la *cause* de la polyphagie ; mais, bien souvent au contraire, *la conséquence,* ainsi que nous le démontrerons plus loin.

C'est *surtout l'évolution dentaire,* qui nous paraît jouer un *très grand rôle dans sa production, chez l'enfant.*

Cela tient à l'*état d'éréthisme nerveux, à l'excitation qui résulte, pour la région bulbo-protubérantielle, de l'irritation, dont les filets terminaux du trijumeau sont le siège, au cours de cette évolution.*

A cet égard, *nous rapprocherons volontiers les convulsions des attaques d'épilepsie et, même, des attaques épileptiformes, qui semblent leur servir de trait d'union.*

Beaucoup d'enfants épileptiques ont eu des convulsions dans leur jeune âge. Il semble , en outre, *que la fréquente répétition de celles-ci, que les convulsions chroniques, en d'autres termes, soient le véritable passage des unes aux autres.*

Plus elles se répètent, plus elles ont de la tendance à se reproduire. L'organisme les réalise, en quelque sorte, *par habitude*

et à la moindre occasion (indigestion, évolution dentaire, parasites intestinaux, constipation, etc. — Voir convulsions).

Symptomatologie. — La symptomatologie est un peu différente, suivant qu'il s'agit du *petit mal* (*absences*) ou du *grand mal épileptique* (*attaques*). Dans le *premier cas*, un enfant est occupé, par exemple, à lire ou à écrire. Il *s'arrête*, son *regard se fixe immobile un instant* (quelques secondes à peine), l'*intelligence s'obnubile*. Aussitôt après, l'enfant *revient à lui*, l'absence est terminée; *le petit malade ne se rappelle point ce qui s'est passé*. Tout se borne là, habituellement

Dans la *grande attaque*, l'épileptique pousse un *cri subit*, *initial*, et *tombe*, *comme foudroyé*, *inerte*.

Sa *respiration s'embarrasse;* sa *figure*, *d'abord pâle*, *rougit et se congestionne*. Le malade a du *stertor*. Ses *muscles* sont *contracturés dans leur ensemble* et *toniquement*, c'est-à-dire *sans qu'ils effectuent le moindre mouvement* (1re *période*).

Mais, à cette première période en succède bientôt une *seconde*, caractérisée par des *contractions ou convulsions cloniques*, *plus ou moins généralisées*.

La *pupille* est souvent *dilatée et insensible*, à la lumière d'une bougie, par exemple.

Après la période de convulsions cloniques, survient une *troisième période*, dite *comateuse*.

Le petit malade semble dormir, pendant un temps plus ou moins long. Il a, souvent, de l'*écume à la bouche;* parfois, aussi, *du sang*, provenant des *morsures* qu'il s'est faites à la langue, aux lèvres ou aux joues, pendant la période de convulsions cloniques, où il *grince des dents*.

De là l'importance, au point de vue diagnostique, des *cicatrices linguales* (traces de morsures), que l'on observe, ou de l'usure de l'extrémité des dents, que l'on constate.

Le malade peut, en tombant, se faire des *contusions*, des *plaies*, sur les diverses parties du corps, en particulier à la face et au *crâne*. Il peut, suivant l'endroit où le surprend son attaque, dégringoler un escalier, se précipiter inconsciemment d'une fenêtre, dans un fossé, dans un puits, etc., etc.

Les attaques, suivant les cas, *se reproduisent rarement ou*, au contraire, *fréquemment*.

Tantôt elles sont simplement *nocturnes* et si l'on n'entend pas les divers *bruits* que le malade peut faire à ce moment-là, ce qui est rare, on constate, au lever, qu'il a *uriné au lit.*

Au cours de l'attaque, en effet, on voit souvent s'effectuer l'*émission involontaire des matières fécales*, mais surtout *des urines.*

Les *attaques peuvent être uniques.* ou ne se reproduire qu'à de *longs intervalles.* D'autres fois, elles sont *quotidiennes* et, même, *multiquotidiennes.*

Lorsqu'un malade a une ou plusieurs *attaques coup sur coup et sans intervalle d'accalmie* (*attaques subintrantes*), on dit qu'il est en *état de mal.*

Toute cause d'excitation périphérique, un peu forte ou persistante, *peut les rendre plus nombreuses que de coutume.* C'est ce que nous avons observé, il y a quelques jours à peine, chez un enfant entré dans notre clinique et venant du service de M. le Professeur Grasset.

Ce malade, âgé de *8* ans et fils d'une mère épileptique, eut *plusieurs attaques le lendemain du jour où un de ses camarades lui avait arraché une dent, ébranlée par suite de l'évolution de celle qui devait la remplacer.*

L'*intelligence*, rarement grande, de l'épileptique *devient de plus en plus obtuse. à mesure que se répètent ses attaques.*

Souvent, d'un *caractère violent et impulsif,* il peut être conduit à l'*irresponsabilité*, au *suicide*, à l'*aliénation mentale, à la démence.*

Diagnostic. — On ne peut guère confondre, avec l'épilepsie, *que les convulsions.*

L'une et les autres sont, à notre avis, *de même nature* et ne se distinguent, d'ordinaire, que par *leur durée*, plus éphémère dans le dernier cas que dans le premier, et par la *rareté* de reproduction des convulsions, une fois disparues, opposée à la *fréquence* ordinaire des *attaques* ou des *absences épileptiques.*

Rien n'est cependant absolu à cet égard. Nous avons vu, en effet, un enfant de 13 ans, fils d'épileptique, présenter *une seule attaque*, reconnue telle par l'interne de garde et occasionnée par une *indigestion*, au moment de l'évolution de la

dent de 13 à 14 ans. On dira, peut-être, qu'il ne s'agissait là

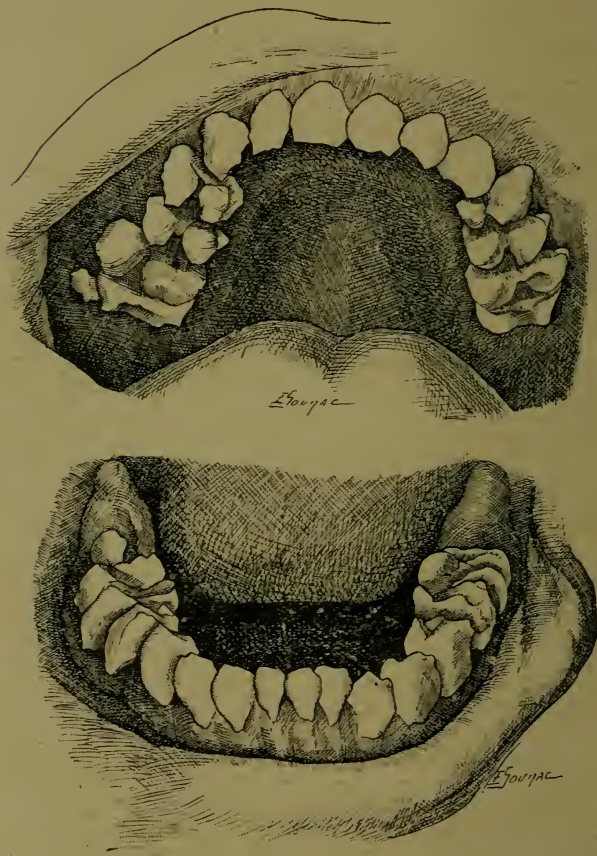


Fig. 44 et 45.

Appareil dentaire d'un enfant de 13 ans, ayant des attaques épileptiformes au moment où les 4es molaires (2es grosses ou dents de 13-14 ans), supérieure et inférieure, droites, effectuent leur évolution extra-maxillaire.

que d'une *convulsion*. On reconnaîtra donc aisément, avec

nous, que la délimitation n'est pas aussi nette, qu'on se l'imagine *a priori*, entre les convulsions et l'épilepsie, qui sont : les unes l'*état aigu*, les autres l'*état chronique*, d'une *même maladie*.

Seules, les *attaques épileptiformes proprement dites* (épilepsie jacksonnienne), qui méritent bien et justifient pleinement ce nom, attaques habituellement *limitées*, *circonscrites* et *liées à une lésion de l'encéphale* (tumeur, etc.), peuvent, jusqu'à un certain point, être confondues avec l'épilepsie ; mais, seulement, si elles viennent à se généraliser.

On appelle souvent, chez l'enfant, *attaques épileptiformes*, des attaques généralisées, qui ne paraissent pas susceptibles d'être qualifiées d'épileptiques ; mais, dont la répétition conduit, selon nous, à l'épilepsie. Pour ne pas les confondre avec les *épileptiformes pures*, dont elles se distinguent par l'*absence de lésion connue*, on devrait les appeler *épileptogènes*.

Pronostic. — Le pronostic de l'épilepsie est toujours sérieux et grave.

Longtemps, nous avons cru à l'incurabilité de cette maladie, même dans l'enfance.

Nous devons reconnaître, toutefois, que, chez l'enfant, il faut bien se garder de la considérer comme telle.

Dès avant 1893, nous avions, nous-même, publié deux cas d'*épilepsie guérie* (1).

« Herpin (de Genève) dans son livre sur le pronostic et le traitement de l'épilepsie, dit Fonssagrives, a surabondamment démontré que *les chances de guérir l'épilepsie sont en raison inverse du nombre d'attaques qu'ont eues les enfants au moment où on commence à les traiter* ».

« C'est dire, ajoute l'ancien professeur de Montpellier, que l'*incurabilité proverbiale* (*exagérée à mon avis*) *que l'on attribue à l'épilepsie ne peut s'entendre que de l'épilepsie de l'adulte*; *celle de l'enfant est autrement curable et comme l'épilepsie débute, dans la grande majorité des cas, dans*

(1) Baumel. Deux cas d'épilepsie. Guérison. in Leçons cliniques sur les maladies des enfants. Paris, Masson 1893, p. 230.

l'enfance, le pronostic du mal comitial perd, par ce fait, une partie de sa gravité (1) ».

L'un des deux malades, que nous avons relatés comme guéris, avait, non seulement des *attaques* mais encore des *idées de suicide*, qui nécessitèrent un infirmier spécial, au moment où nous l'avons soigné. Il est actuellement militaire (8 ans après), ce qui prouve qu'il n'est point malade ou, du moins, qu'*il est bien débarrassé de ses attaques*. Il vient, même, d'être passible d'un *conseil de guerre*, au sujet duquel nous avons eu à donner notre avis médical.

Depuis lors, *nous avons guéri beaucoup d'enfants atteints de convulsions chroniques, d'attaques épileptogènes* si l'on veut, *qui devaient les conduire fatalement, sans cela, à l'épilepsie* et, qui plus est, à l'*incurabilité*.

Traitement. — Le traitement, on le conçoit sans peine, varie beaucoup, suivant les causes à incriminer, dans la pathogénie de chaque cas pris à part.

Sans doute, les *sédatifs du système nerveux*, le *bromure de potassium* en particulier, sont généralement indiqués.

Les *boissons alcooliques devront être proscrites*. Le *vin pur, lui-même*, sera écarté.

Le *café*, le *thé*, *tous les excitants du système nerveux*, seront *prohibés*.

Mais, à côté de cela, combien d'indications *spéciales* à remplir!

Ici, c'est une *alimentation à régulariser* (nombre de repas) ou à *indiquer* (nature des aliments). S'il y a, pour une raison quelconque, *mastication incomplète*, les aliments liquides (lait) ou demi liquides (potages, soupes, purées, œufs) seront de rigueur.

Là, les purgatifs ou les laxatifs seront indiqués de préférence, parce qu'on se trouvera, par exemple, en présence d'une *constipation opiniâtre*, qui, en provoquant la *fissure à l'anus et les douleurs aiguës* qui l'accompagnent, peut *entretenir*, *aggraver* ou, *même*, *provoquer l'épilepsie*.

(1) Fonssagrives. Hygiène infantile. Delahaye et Lecrosnier. Paris. 1882, page 538.

Ailleurs, les *parasiticides*, les *tœnifuges ou tœnicides*, les *vermifuges* enfin (extrait éthéré de fougère mâle, santonine, purgatifs.etc,) seront, tout d'abord et avant tout, administrés.

S'il existe une *cause quelconque d'excitation périphérique* (fissure à l'anus, plaies, névralgies de dentition ou de carie dentaire, etc.). elle devra être atténuée ou supprimée.

Quant à l'*évolution* (générale et nerveuse, dentaire même), elle sera favorisée, à l'aide du glycéro-phosphate de chaux.

VIII. — Hystérie

Définition. — L'hystérie est une névrose caractérisée par *certain état nerveux*, par des *stigmates* ou par des *attaques particulières*. Elle est, en quelque sorte, exclusive à la jeune fille.

Étiologie. — Si l'*âge* devait être incriminé, comme cause d'hystérie, *nous en écarterions volontiers la première enfance*, malgré tout ce qui a été dit, à ce sujet, même ces temps derniers.

Tout au plus, l'admettrions-nous dans la seconde enfance, où on la rencontre, en effet, assez facilement.

Le *sexe* nous paraît avoir un rôle étiologique plus important à jouer que l'âge. C'est surtout chez des fillettes qu'on l'observe. C'est même exclusivement chez elles que nous l'avons vue. Elle débute, principalement, *au moment de la puberté* (de 12 à 14 ans). Elle peut survenir, toutefois, un peu plus tard.

Dans l'hystérie, comme dans la chorée, les *émotions* (peur, frayeur, etc.) peuvent jouer un certain rôle, au point de vue pathogénique. Elles ne sont, dans l'une comme dans l'autre, que des *causes occasionnelles*, agissant sur un *terrain déjà fortement prédisposé*.

Il en est de même du *traumatisme*, qui peut agir par les *émotions* qu'il provoque ou par *action spéciale* (*hystéro-traumatisme*). Nous préférons réserver à ces *accidents nerveux*

consécutifs au trauma, le nom de *neuro-traumatisme*, qui ne préjuge rien sur leur nature et qui est applicable dans les deux sexes. Or, malgré l'autorité incontestable des noms qui s'attachent à l'idée de l'existence de l'hystérie chez le garçonnet, nous avons de la peine à y souscrire. Notre définition même et son appellation, d'ailleurs, font de l'hystérie une maladie du sexe féminin.

L'évolution des organes génitaux, chez la jeune fille, et l'établissement de la fonction menstruelle, ses difficultés, sont certainement pour *la plus large part dans la production de l'hystérie. Il ne faudrait pas en conclure* toutefois, parce que c'est, là, la cause prédominante ou capitale, *qu'elle soit, aussi, la cause unique.*

L'*anémie*, les *excitations médullaires de tout ordre* et *d'origine dentaire* (évolution) *ou même gastro-intestinale* (indigestion, dyspepsie, constipation), *donnent efficacement la main aux causes précitées, soit qu'elles préparent* admirablement l'action de celles-ci, *soit que leur propre action s'ajoute* à la précédente.

Nous avons vu, en effet, une lycéenne de 16 ans, arrivant au terme de ses études (qu'on a failli interrompre pour ce motif), présenter, *à chaque menstruation*, des *attaques d'hystérie*, qui commençaient invariablement par des douleurs de *tête*, puis *se généralisaient* et laissaient la jeune fille dans une sorte de *coma*, qui durait plusieurs jours.

Rien d'anormal n'avait été aperçu du côté de l'appareil dentaire de la malade, par son médecin traitant. Un examen minutieux de la bouche, pratiqué avec une grande attention, nous permit de découvrir *un point de carie*, sur une *petite molaire* et sur sa *face postérieure ou interstitielle.*

Ces accidents redoutables et périodiques *se calmèrent* et *disparurent*, sous l'influence du traitement dirigé, contre l'*hystérie* sans doute, mais aussi contre la *carie dentaire* (plombage pratiqué par un dentiste, qu'on alla trouver sur notre conseil). Il est évident que, dans ce cas particulier, la névralgie dentaire, qui toujours ouvrait la scène, était

réveillée, à chaque période menstruelle, par l'excitation génitale, retentissant sur l'axe médullaire.

L'*hérédité* est, ici, tout aussi importante, comme *cause prédisposante*, que dans l'épilepsie. Dans l'une ainsi que dans l'autre, à côté d'une *hérédité nerveuse générale*, nous devons admettre l'existence possible d'une *hérédité nerveuse spéciale ;* mais, seulement, à titre de *prédisposition* plus ou moins forte.

Symptomatologie. — Nous ne dirons rien du *caractère changeant, variable, fantasque* parfois, toujours *plus ou moins impressionnable, des jeunes hystériques.*

Nous n'insisterons point sur les *goûts plus ou moins bizarres,* sinon *dépravés*, qu'elles ont pour *tel ou tel aliment,* telle ou telle *boisson*, tel ou tel *condiment.*

La *part* est parfois *difficile à faire*, dans ces cas, de ce qui revient exactement à *l'anémie, à la chlorose pure* et *à l'hystérie*, souvent, sinon toujours, *concomitantes.*

Nous étudierons, simplement, les *stigmates* et les *attaques hystériques.*

Les stigmates sont de deux sortes : les uns *douloureux,* les autres *anesthésiques.* Parmi les stigmates douloureux se trouvent : le *clou hystérique*, ayant son siège de prédilection sur le vertex et y occupant un espace fort restreint, de là son nom ; les *névralgies diverses*, communes à l'hystérie et à l'anémie, la *névralgie intercostale* par exemple ; mais, surtout, la *gastralgie* et l'*ovaralgie.* Celle-ci est le plus souvent *unilatérale* et, lorsqu'elle existe, *véritable contradiction symptomatique*, elle s'accompagne, d'ordinaire, d'une *hémi-anesthésie cutanée,* occupant précisément le *côté du corps correspondant à l'ovaralgie.*

Le *pincement*, la *piqûre,* sinon le *transpercement de la peau* par une épingle, sont *insensibles*, quand la *pression de l'ovaire*, non seulement est *douloureuse*, mais encore *provoquerait facilement les attaques.*

Les *zones d'anesthésie* peuvent être circonscrites. Elles sont le plus souvent *pharyngiennes*, *sous-mammaires*, *ovariennes.* Il est aussi des *zones douloureuses*, qui sont souvent

hystérogènes (sous-mammaire, inter ou sous-scapulaire, ovarienne, vaginale, etc.).

Qu'elles soient *cutanées* ou *muqueuses*, leur *compression un peu prolongée* est *pénible à la malade* et *provoque*, *aisément*, *le retour des attaques d'hystérie*.

Quant aux *accidents d'ordre cérébral*, ils sont caractérisés, tantôt par certains *orages nerveux* (agacement, impatience, colères sans motif, fou rire) se terminant souvent par des *larmes*, tantôt par de véritables *attaques*, *que les malades sentent venir d'habitude*. Elles ont ainsi, contrairement à ce qui se passe dans l'épilepsie, le *temps de prendre leurs précautions*, pour ne point se blesser en tombant, c'est-à-dire de *s'asseoir* ou de *s'allonger*.

La malade, dans l'attaque, pousse des *cris multiples et variés*, fait des *grimaces* de toute sorte, *gesticule*, *se débat*, puis finalement *revient à elle*, *sans avoir perdu la mémoire des faits qui se sont passés avant ou*, *pendant l'attaque* elle-même.

Si celle-ci est *violente*, un *excellent moyen*, *pour la faire cesser*, consiste à *enfoncer vivement le poing fermé dans la fosse iliaque*, *du côté où existe* en temps ordinaire l'*ovaralgie*, et à *exercer*, *sur l'ovaire*, *une compression un peu énergique*, toujours plus ou moins atténuée, d'ailleurs, par la résistance des parois abdominales, de l'intestin, etc.

Une *compression légère aggrave souvent les accidents*, tandis qu'une *compression forte les arrête*, en général, *rapidement*.

L'*hémianopsie*, le *daltonisme*, mais surtout *le rétrécissement du champ visuel*, sont symptômes assez communs au cours de l'hystérie. Il en est de même des diverses, formes ou moins bizarres, d'*anesthésie* (1).

Comme pour l'épilepsie, nous avons vu, dans l'hystérie, les *poussées d'évolution dentaire* s'accompagner d'*attaques plus nombreuses*, ce qui s'explique par l'*excitation médullaire*, *résultant de cette évolution même* et *venant s'ajouter à celle*

(1) A. Pitres. Des anesthésies hystériques. Gounouilhou, Bordeaux, 1887.

qui, déjà, a pour point de départ les organes génitaux de la jeune fille (congestion de l'utérus ou de l'ovaire, métrite ou salpingite, vaginite avec ou sans ulcération du col, leucorrhée, vaginisme, vulvite, etc.. etc.).

La *vue d'un objet* pénible ou désagréable, une *odeur* particulière, un *son*, un *bruit* spécial, peuvent déterminer une attaque à un moment donné.

Il en est de même d'une *contrariété*, d'un *chagrin*, d'une *frayeur*, comme aussi du *mauvais fonctionnement de l'appareil digestif* (indigestion, dyspepsie, constipation) ou, même, d'une *névralgie persistante, de carie dentaire ou autre.* Ce qui revient à dire que, si toute excitation génitale, même physiologique (menstruation, premier coït) et à plus forte raison pathologique (voir ci-dessus), est capable de produire ou de provoquer l'hystérie, toute autre excitation extragénitale, surajoutée, *peut très bien renforcer*, à ce point de vue, *l'action de la première cause* ou, même, *faire éclater des accidents hystériques, que la première*, à elle seule, *eût été insuffisante à produire.*

La *prédisposition* ou l'*état latent* ont souvent besoin, en effet, d'une *occasion*, pour se manifester.

Il est des attaques, dites *hystéro-épileptiques*, qui appartiennent à la grande hystérie et qui semblent, quoi qu'on en dise, participer de la double nature hystérique et épileptique. Cela n'étonnera nullement quiconque acceptera la pathogénie que nous invoquons.

Dans certains cas, au contraire, les *accidents* sont *des plus légers* et sont constitués simplement par la *boule hystérique*, qui n'est pas autre chose qu'un phénomène nerveux et spasmodique, *partant de l'ovaire ou de l'utérus*, pour gagner d'abord la *région épigastrique* (estomac), puis le *cou* (larynx) et y produire une sensation de constriction ou de serrement.

La sensation de cette *boule*, que la femme accuse difficilement, est bien plus difficile à déceler, chez la jeune fille.

Il est impossible de décrire, un à un, tous les troubles nerveux qui peuvent résulter de l'hystérie (aphasie, supercherie, etc., etc.). Nous ne signalons que les principaux.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'hystérie peut être fait *en dehors des attaques*, comme *pendant celles-ci.*

Dans le *premier cas*, les *stigmates*, les *zones hystérogènes* surtout, mettront le praticien en mesure de le porter.

Les *attaques d'hystérie* ne pourraient être confondues qu'avec celles de l'*épilepsie*, dont elles se distinguent complètement. *Pas de cri initial* unique, *pas de chute brusque*, *perte de connaissance souvent incomplète*, *persistance de la mémoire des événements antérieurs à l'attaque*, *pas de coma final*, *pas d'écume à la bouche*, *ni de morsure à la langue.*

La présence de symptômes inverses fera plutôt penser, au contraire, au mal comitial.

Pronostic. — Le pronostic de l'hystérie est moins grave que celui de l'épilepsie. Toutefois, une jeune fille hystérique fera généralement, plus tard, une mauvaise nourrice, sinon une mauvaise mère.

On devra, de bonne heure, diagnostiquer, traiter et *guérir l'hystérie, qui, comme l'épilepsie, devient d'autant plus habituelle, d'autant plus chronique et incurable, qu'elle est plus ancienne et que les attaques* ou *atteintes en ont été plus fréquentes.*

Traitement. — Le traitement de l'hystérie donne lieu à *deux indications fondamentales* : l'une a trait à l'*alimentation et à la nutrition* ; l'autre, au *système nerveux.*

La malade devra être soumise à une *alimentation régulière, de bonne qualité, peu excitante* et *réparatrice.* L'*anémie* nécessitera, très souvent, le fer.

Les *sédatifs du système nerveux* (bromure, etc.) seront parfaitement indiqués.

On devra y joindre le traitement de la plupart des *excitations, anormales et un peu fortes, d'ordre physiologique ou pathologique*, propres à chaque cas particulier (évolution et carie dentaires, mastication incomplète et dyspepsie consécutive, constipation, maladies génitales). Enfin, on *évitera les émotions fortes* (théâtre, lectures ; odeurs, bruits pénibles ; vue d'objets désagréables).

Au point de vue du *caractère* et de l'*éducation*, la fillette hystérique aura besoin qu'on lui témoigne de la *tendresse*, sans doute; mais, aussi, qu'on use à son égard d'une *direction ferme, sans brusquerie* toutefois.

IX. — Chorée de Sydenham

Définition. — La chorée de Sydenham, ou danse de Saint-Guy, est une *névrose de l'enfance* caractérisée par des *mouvements incoordonnés, dus à des contractions musculaires involontaires.*

Étiologie. — Rien n'est plus obscur, semble-t-il, que la pathogénie et l'étiologie de la chorée de Sydenham.

Pour les uns, le *rhumatisme* serait la cause fondamentale, sinon unique, de cette névrose; conformément, d'ailleurs, à l'opinion anciennement émise par Roger et Germain Sée.

Pour d'autres, elle serait une *maladie de croissance* (médullaire, sans doute).

Pour d'autres, enfin, elle serait *d'origine infectieuse* et de *nature multiple*, aussi variée que celle des maladies infectieuses qui peuvent la produire.

D'après Comby, elle serait due à une *congestion de la partie supérieure de la moelle.*

Pour nous, l'étiologie et la pathogénie de la chorée sont des plus simples. Nous admettons, certainement l'influence de la *prédisposition* ou de l'*hérédité nerveuse*; mais, nous reconnaissons à la chorée *deux causes fondamentales*, qui sont : l'*anémie* et l'*évolution dentaire*, le plus souvent *coexistantes.* L'*anémie* est cause d'excitation nerveuse ainsi que l'atteste le vieil adage : *sanguis moderator nervorum.* Elle est due, tantôt à la *mastication incomplète* (carie, évolution dentaire); tantôt à la *croissance rapide;* parfois, aussi, à l'*alimentation vicieuse*, imparfaite; souvent, enfin, à la plupart des *maladies aiguës ou chroniques, infectieuses ou non*, telles que : le rhumatisme, la scarlatine, la rougeole, la pneumonie, les

fièvres intermittentes (toutes causes signalées, par d'Espine et Picot, comme capables de produire la chorée).

Nous y ajouterons, volontiers : la *dyspepsie* de cause quelconque, la *diarrhée* de dentition, la *gastro-entérite*, etc., etc.

C'est au cours de la *convalescence* des maladies aiguës, sus énoncées, que l'on voit, assez souvent, survenir ou éclater la chorée.

La *convalescence*, s'accompagnant généralement d'anémie, *voilà le trait commun* que nous reconnaissons à ces *diverses causes pathogéniques*, *beaucoup plutôt que l'infection*, qui peut, dans d'autres circonstances, *faire défaut*, comme dans la *croissance*, *par exemple*.

On comprend que le *rhumatisme*, cette *maladie déglobulisante* par excellence et que les anciens cliniciens appelaient *febris pallida* tellement ils avaient été frappés de cette contradiction clinique (pâleur et fièvre), puisse, au même titre que les diverses causes précédentes, *prédisposer à la chorée*.

Le rhumatisme ne se rencontre, à notre avis, *que dans l'infime minorité des cas de chorée de Sydenham*. Germain Sée a déclaré devant nous, dans une de ses leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu en 1883, que, s'il était à écrire, avec Roger, ce qu'ils avaient écrit précédemment à cet égard, ils ne le feraient point, « ce qui n'empêche pas, ajoutait-il, la plupart des auteurs classiques d'affirmer, d'après notre dire, ce que nous déclarons erroné aujourd'hui ».

Certains n hésitent même point à voir, dans la *chorée*, la *première manifestation du rhumatisme*.

La déclaration de Germain Sée, d'une part, nos observations personnelles, d'autre part, nous ont permis, depuis bien des années, de *faire justice de cette erreur* si longtemps répandue et, de nos jours encore, si facilement et si injustement accréditée.

Nous reconnaissons, en outre, l'intervention possible de *causes, en apparence différentes des précédentes et qui ne sont que surajoutées*. Nous voulons parler des *émotions profondes* et de la *frayeur*.

Nous avons vu une enfant devenir choréique après qu'un

chien eut sauté sur elle, dans la rue; nous en avons cité une autre, qui fut atteinte de chorée, aussitôt après qu'un dentiste lui eut arraché une dent ébranlée (1).

Le *sexe féminin* semble prédisposer un peu plus à cette névrose; mais, non pas dans des proportions considérables.

L'*âge* de *6 à 7 ans* et celui de *13 à 14* sont les *moments les plus favorables à son apparition.*

Sans que ces dates soient données comme limites extrêmes de la chorée, nous devons reconnaître que ces deux époques sont les *maxima* indiqués par les statistiques (celle de West en particulier) (2).

Nous ferons remarquer que c'est précisément l'époque où évoluent *deux dents définitives d'emblee*, la 1re et la 2me grosses molaires, indépendamment de l'*évolution dentaire de remplacement*, qui s'effectue à l'une comme à l'autre de ces périodes.

Certains auteurs (Bouchard, Joffroy) ont voulu voir, dans la chorée de Sydenham, une maladie d'*evolution*. Ce mot est trop vague. Il est nécessaire de le préciser. Quant à la *contagion* ou à l'*imitation*, elle ne nous paraît jouer aucun rôle, en l'espèce. En ce qui nous concerne, nous ne voyons là que des coïncidences. La chorée est *toujours* un accident de dentition.

Nous savons bien qu'on a vu la chorée chez des *femmes*

(1) L. Baumel. La chorée, accident de dentition, in Leçons cliniques sur les maladies des enfants. Paris. Masson. 1893, pages 223 et 224.

(2) Ch. West. Leçons sur les maladies des enfants, traduites et annotées par Archambault, 2e édition française, Paris Masson. 1881, p. 225.

Sur 556 cas, réunis dans le tableau de West et provenant de plusieurs statistiques (Hughes, Rufz et Wicke), on trouve, à 4 ans ou au-dessous : 10 cas; entre 4 et 6 ans : 33; de 6 à 10 ans : 206; de 10 à 15 ans : 307.

Si, comme le croyait West, l'approche de la puberté peut être, jusqu'à un certain point, invoquée pour les 307 cas observés de 10 à 15 ans, il ne saurait en être de même, à notre avis, pour les 206 signalés entre 6 et 10 ans.

Nous ne voyons là qu'une cause possible, c'est l'*évolution des dents* définitives d'emblee, de 6-7 ans et de 13-14, à laquelle s'ajoute certainement, aussi, celle des dents de remplacement.

enceintes. La mère d'une de nos choréiques en fut atteinte, pendant qu'elle était grosse de cette enfant.

Nous ne serions point surpris que, dans l'avenir, se trouve confirmée notre opinion, à cet égard, qui consiste à voir là un symptôme ou un accident de l'*évolution de la dent de sagesse*, dent que nous avons vu évoluer, chez la femme, à 16 ans il est vrai ; mais, aussi, à 43.

De même, nous avons vu des *nourrices* atteintes, *à cette occasion, d'eczéma de dentition, simultanément d'ailleurs avec leurs nourrissons, en pleine évolution de leurs premières dents ou dents de lait.*

Qu'on n'invoque pas, ici, l'idée de contagion, que nous avons eue, nous-même, dans ces cas. *Nous sommes absolument convaincu de sa non-existence*, dans les faits qui nous sont personnels. Notre conviction est basée sur l'observation rigoureuse de ceux-ci ; sur l'*intensité de l'eczéma, beaucoup plus grande, d'ordinaire, chez le nourrisson ;* sur son *évolution, absolument démonstrative* à cet égard ; enfin, sur l'*extrême rareté* de cette maladie chez la nourrice (deux cas vus par nous), malgré sa *fréquence excessive* chez l'enfant à la mamelle.

Pour la chorée de Sydenham, nous dirions volontiers, comme pour l'eczéma de la face et du cuir chevelu chez l'enfant, que, *sans l'évolution dentaire, elle n'existerait pas.*

Symptomatologie. — Des *mouvements musculaires brusques et incoordonnés, involontaires*, survenant *au moment ou en dehors des mouvements voulus* et portant sur les *membres*, le *tronc* ou la *tête*, sont les symptômes pathognomoniques de la chorée.

Celle-ci *prédomine* souvent *d'un côté du corps* et affecte la disposition *hémiplégique*. Le bras et la jambe d'un même côté sont *plus agités* ou *plus inertes* que ceux du côté opposé.

Il existe également, une sorte de *chorée molle ou flasque*, que nous dirions, volontiers et de préférence à la précédente, *à forme hémiplégique vraie*. Elle est caractérisée par un certain degré d'*immobilité*, de *paresie* et, presque, de *paralysie* de tout un côté du corps.

Tout cela est relativement facile à reconnaître et l'entou-

rage du malade a souvent porté le diagnostic, avant même que le médecin ait vu le choréique et qu'il ait été appelé à se prononcer.

Ce qui est plus difficile, à notre avis, c'est de reconnaître certaines *chorées atténuées, partielles* et, par suite, *anormales*, en apparence du moins. Elles sont simplement constituées par *des grimaces ou contractions involontaires des muscles de la face*, grimaces que les parents et l'entourage le plus direct mettent souvent sur le compte du *mauvais caractère* ou du *caprice* de l'enfant, *au lieu de les attribuer à leur véritable cause : la chorée.*

C'est au médecin qu'incombe le devoir de *rétablir les faits* et de faire regarder, comme *simplement malade*, l'enfant considéré et châtié parfois, jusque-là, comme *espiègle*, sinon comme *méchant*.

Certain jour, dans mon cabinet, j'ai vu une mère demander pardon à sa fille âgée de 16 ans, parce qu'elle l'avait souvent admonestée et assez *vertement corrigée*, dans ces conditions. Cette scène me frappa fort et me toucha profondément ; c'est, même, la raison pour laquelle je la rapporte aujourd'hui.

Un fait, que j'ai observé et signalé depuis déjà longtemps (1), c'est que, dans la chorée de Sydenham, *les mouvements commencent, d'ordinaire, par la face ; puis, ils s'étendent aux autres parties du corps* (tête, tronc et membres); *de même que, quand la maladie s'améliore ou se guérit, les mouvements anormaux s'atténuent ou disparaissent : d'abord, au membre inférieur ; puis, au supérieur ; enfin et en dernier lieu, à la face.* Cette *constatation* est *doublement utile : au début,* au point de vue du *diagnostic* et du *traitement précoces*; *à la fin*, au point de vue du *pronostic* et de l'*amélioration résultant de la thérapeutique employée.*

On se rendra compte de cette *apparition première* ou de cette *persistance tardive*, des mouvements, à la face, *quand on examinera avec soin*, comme nous le faisons toujours, l'*appareil dentaire des choréiques.*

(1) L. Baumel. Des accidents de première et de seconde dentition, in Nouv. Montp. méd., T. III, 1894.

On constatera, alors, la production de *contractions brusques*, soit du côté de la *langue* (involontairement projetée sur tel ou tel point de la cavité buccale), soit du *côte des lèvres* ou surtout du *maxillaire inferieur* (*demi ou complète occlusion, involontaire et subite, de la bouche*, au moment même de l'examen, lorsque l'enfant veut la laisser largement béante).

Au lieu d'assister à cette période de début, caractérisée par une faiblesse extrême des mouvements choréiques, par leur délimitation à l'extrémité céphalique et par leur localisation, même, faciale ou buccale, nécessitant de la part du pédiâtre une attention soutenue et une expérience consommée, celui-ci se trouve souvent, non seulement en présence du *tableau plus étendu et plus complet* de la chorée, que nous avons précédemment décrit, mais, encore, en face d'une *aggravation ou d'une véritable exagération de ce tableau.*

Les malades de cette catégorie exécutent des *mouvements involontaires tellement brusques*, qu'ils *se blessent* la tête, les mains ou les pieds, *contre les objets qui les entourent*, contre leur lit, même, où l'on doit les tenir couchés.

Ils ne peuvent s'asseoir ou se maintenir assis que très péniblement. Leur *tête oscille* de tous côtés. *Ils n'en sont plus maîtres, pas plus que des mouvements de leurs mâchoires.*

Certains *avalent difficilement* les aliments, liquides ou demi-liquides, qu'on leur fait ingérer (*contractions irrégulières* du *pharynx* ou de l'*œsophage*).

D'autres, enfin, font entendre un *véritable aboiement* ou poussent des *cris bizarres* et *particuliers*, tenant à des *contractions* involontaires du *larynx* et des *muscles expirateurs.*

On a même signalé des *arythmies cardiaques*, de nature choréique.

Enfin, quel qu'ait été le degré de la chorée, on la voit fréquemment *rechuter ou s'aggraver*, si le traitement n'est pas ponctuellement suivi. On la voit, aussi, très facilement *recidiver.*

C'est là qu'intervient manifestement encore, à notre avis, le *rôle de l'evolution dentaire*, expliquant ces récidives, que rien ne peut expliquer aussi bien, coexistant enfin et se terminant avec la chorée elle-même.

Il est quelquefois, rarement il est vrai, fort difficile de surprendre l'évolution dentaire ; c'est alors, qu'il faut se rappeler les *trois stades de cette évolution relatifs à chaque dent* et que nous avons établis : 1° *évolution intra-maxillaire*; 2° *éruption de la dent* ; 3° *évolution extra-maxillaire.*

Dans un cas des plus graves que nous ayons observés, chez une fillette de 6 ans environ, nous n'avons rien pu voir de pareil, pendant presque tout le temps de son séjour à l'hôpital, qui dura plusieurs semaines, sinon plusieurs mois.

Avant de nous quitter, toutefois, elle perdit une incisive de lait, comme pour nous montrer que notre théorie, même dans ce cas exceptionnel, n'était point en défaut. Cette évolution, de remplacement, s'accompagnait très certainement, chez elle, de l'évolution intra-maxillaire de la dent de 6-7 ans, non encore sortie.

Quant à l'*explication pathogénique*, qui nous paraît devoir résulter de l'intervention et du rôle de l'évolution dentaire dans la chorée, la voici : le *trijumeau*, excité dans bon nombre de ses filets terminaux ou gingivaux au moment de cette évolution, transmet ces diverses excitations au *bulbe* et à la *moelle*, à la *protubérance* et au *cerveau* lui-même, grâce à ses racines, aussi nombreuses qu'étendues.

Sa *partie motrice* est influencée aussi longtemps que dure la maladie. C'est elle qui l'est *la première* et qui le reste *la dernière.*

Quant à la participation des autres muscles du corps, à ce que nous appellerons la *danse* ou la *folie choréique des muscles*, elle s'explique par l'irradiation, de cette excitation première, à *toute la colonne de cellules motrices de la moelle.*

Les *facultés intellectuelles*, elles-mêmes, peuvent être atteintes, dans certains cas, où l'on voit une véritable *folie*, non plus seulement *musculaire*, mais *cérébrale* et *mentale*, dans toute l'acception du mot, se produire sous l'influence de la chorée.

Point n'est besoin de faire intervenir, pour l'expliquer, les *prétendues embolies cérébrales miliaires*, invoquées, précisément, par ceux qui ont voulu incriminer l'*endocardite rhumatismale*, si rarement observée dans ces cas.

D'ailleurs, si l'embolie rhumatismale et endocarditique pouvait en expliquer la production, l'embarras serait grand pour donner les raisons de la guérison, que nous avons, pour notre compte, constamment observée.

Diagnostic. — Le diagnostic de la chorée *confirmée* est facile. Il en est de même de la chorée *grave*, ci-dessus décrite.

Seule, la chorée atténuée, limitée, *partielle*, offre une certaine difficulté. Toutefois, le pédiâtre tant soit peu expérimenté ne sera point arrêté par cette dernière.

A côté de la chorée de Sydenham, que nous venons de décrire, se trouvent les *chorées chroniques* (1), *symptomatiques de lésions cérébrales* et revêtant ou la *forme hémiplégique* (chorée posthémiplégique) ou la *forme généralisée* (à la suite de convulsions, le plus souvent).

Dans les deux cas, il en résultera des *paralysies*, des *troubles cérébraux chroniques*, un *état arriéré* des enfants, qu'on ne rencontrera point dans la chorée de Sydenham, où la folie est, même, une exception fort rare.

Pronostic. — Quel que soit le degré de la chorée, le pronostic est généralement bénin. Nous avons vu guérir, nous l'avons dit, tous les cas qu'il nous a été donné d'observer.

Certains ont été graves et même très graves. Aucun n'a été suivi de mort. Quelques auteurs signalent cependant cette terminaison comme possible (Hallé et Langevin) (2). Elle doit être, à notre avis, considérée comme très exceptionnelle.

Traitement. — Le traitement de la chorée de Sydenham est, *d'abord, diététique.*

Étant donné que les malades ont leur appareil dentaire en mauvais état (évolution ou carie précédant la chute des dents à remplacer), que, par le fait de la chorée elle-même, les mouvements de mastication échappent à la volonté du petit malade, on devra alimenter celui-ci avec des *aliments liquides ou demi-liquides* (lait, potages, purées, œufs). C'est là ce que

(1) Voir J. Audry (de Lyon), l'athétose double et les chorées chroniques de l'enfance. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1892.

(2) J. Hallé et G. Langevin. Un cas de chorée mortelle, in Arch. de Méd. des Enfants, 1900.

nous prescrivons journellement, à l'hôpital, sous le nom d'*alimentation des choréiques*. Comme médicaments, nous administrons : du quinquina, du fer, du bromure et du phosphate de chaux.

Du quinquina, comme tonique général, joignant son action à celle du fer, qui est plus spécialement dirigé contre l'anémie.

Celle-ci est si commune, dans la chorée, qu'elle en est souvent l'une des causes, nous l'avons dit plus haut, et qu'elle en devient fatalement la conséquence, par mastication incomplète, si une hygiène alimentaire des plus sévères n'est pas rigoureusement suivie.

Du phosphate de chaux, au point de vue du développement, en général ; mais, dentaire, en particulier.

Enfin, du bromure, comme sédatif du système nerveux.

L'antipyrine, recommandée par certains auteurs, a l'inconvénient de provoquer, assez souvent, des troubles digestifs.

L'hydrothérapie, les douches en particulier, *aggravent* fréquemment les désordres nerveux de la chorée, au lieu de les calmer ; surtout, si l'on n'a pas soin de prescrire le régime ou le traitement médical, sus indiqué. Le vent électrique n'a pas de meilleurs effets.

Nous avons constamment réussi à guérir la chorée, en quelques semaines d'ordinaire (6 au plus), avec les moyens ci-dessus énoncés.

X. — Tétanos du nouveau-né

Définition. — Le tétanos du nouveau-né est une maladie constituée par des *contractures musculaires*, parfois *générales*, souvent *limitées* ou *prédominantes aux muscles masticateurs* (*trismus*).

Étiologie. — L'étiologie et la pathogénie du tétanos des nouveau-nés est des plus obscures. Nous ne savons pas s'il existe toujours, dans cette maladie, le microbe de Nicolaïer signalé par certains auteurs et qui est, on le sait, caractéris-

tique du tétanos de l'adulte, dont celui du nouveau-né nous paraît, *a priori* et de par la marche clinique, différer considérablement.

La plaie ombilicale pourrait bien être le point de départ de l'infection. Nous croyons, toutefois, que certaines auto-intoxications, d'*origine gastro-intestinale sinon urinaire, pourraient bien en déterminer la production.*

Symptomatologie. — Lorsque le pédiâtre est appelé à constater l'état d'un nouveau-né atteint de tétanos, il s'aperçoit bien vite que les muscles du petit malade sont contracturés.

Il en résulte une certaine raideur des membres, du tronc ou de la tête, si le tétanos est généralisé ou à peu près; mais, c'est surtout du côté des masséters que l'attention du praticien devra plus particulièrement s'arrêter, soit que l'entourage ait déjà aperçu la *raideur des mâchoires,* soit qu'il se plaigne, seulement, de ce que l'enfant ne *veut pas* ou ne *peut pas téter.*

C'est en effet, indépendamment de la raideur plus ou moins étendue comme la contracture elle-même, par ce signe (l'*impossibilité de téter*, avec resserrement des mâchoires) que l'on sera amené à porter le diagnostic de *tétanos du nouveau-né;* de *trismus*, enfin, si la contracture est circonscrite aux muscles masticateurs.

Que l'on examine plus attentivement encore et l'on ne tardera pas à constater que *les mouvements de la mâchoire sont limités.*

La bouche, un peu entr'ouverte d'ordinaire, n'est pas susceptible d'un élargissement plus considérable.

Les maxillaires ne sont pas capables d'un écartement plus grand.

Le doigt indicateur du pédiâtre, légèrement introduit dans la cavité buccale et prenant point d'appui (par son extrémité) sur la partie antérieure du bord du maxillaire supérieur, a beau, par le point qui correspond au maxillaire inférieur, exercer (sur celui-ci et à la partie supérieure de son bord gingival) une pression, même un peu forte, de haut en bas; *les maxillaires restent immobiles* dans leur situation première et

ne s'écartent pas plus, pour cela, l'un de l'autre, contrairement à ce qui se passe, à l'état normal.

On comprend sans peine, étant donnée cette *immobilité des maxillaires*, due à la *contraction des muscles* qui président à la succion, sinon à la déglutition, *que l'enfant ne puisse pas saisir le sein et téter.*

Parfois, l'espace intermaxillaire est tel, que le mamelon ne peut pas être introduit dans la cavité buccale, condition indispensable à la succion et à l'action de téter.

La température est généralemenl normale, dans ces cas. *La fièvre est nulle, par conséquent.* Pour peu, même, que dure cet état, il n'est pas impossible, il est même assez commun, d'observer de l'*hypothermie.*

Cela se conçoit sans difficulté. En effet, la digestion d'abord, la nutrition ensuite, sont nulles, dans ces conditions; et, si une modification favorable ne survient pas dans son état, le nouveau-né, atteint de tétanos ou simplement de trismus, est voué, nous ne dirons point seulement à l'athrepsie, mais encore à l'inanition et à la mort.

Fort heureusement qu'à l'inverse de ce qui se passe dans bien des cas de tétanos chez l'adulte, celui du nourrisson est susceptible d'amélioration ou, même, de guérison.

Les cas de cette maladie que nous avons observés, jusqu'à ce jour, ne sont pas bien nombreux. Nous avons *toujours* été assez heureux pour obtenir la guérison définitive et complète.

Il existe, d'ordinaire, des moments, où la contracture est moins forte, peut-être même nulle; des *moments de répit*, par conséquent, dont il faut profiter, non seulement pour alimenter l'enfant, mais, aussi, pour lui faire prendre les médicaments nécessités par son état.

Le pédiâtre doit signaler ces moments à la mère si elle nourrit elle-même, à la nourrice dans le cas contraire, de façon à les utiliser dans le sens que nous venons d'indiquer. Supposez, en effet, que, non prévenu de ces intermittences, l'entourage s'efforce de faire prendre le sein à l'enfant au moment des contractures. Peine inutile, découragement rapide, abandon certain, danger même d'asphyxie par pas-

sage du lait dans les bronches ; tel est le triste résultat auquel on sera fatalement amené.

S'il est prévenu, au contraire, *il surveillera attentivement les moments de répit, il en profitera pour alimenter l'enfant et le traiter*, soit que le petit malade puisse téter à ce moment-là (ce qui est à la rigueur possible), soit que l'on doive, au moins pendant quelques jours, lui administrer, avec une petite cuillère, le lait tiré du sein de sa nourrice.

Si l'enfant peut téter, même peu, il est infiniment préférable de lui donner directement le sein. C'est, seulement, lorsqu'on reconnaît qu'il est dans l'impossibilité absolue de le saisir, que l'on peut recourir au moyen, moins pratique et moins utile, précédemment indiqué.

Diagnostic. — Le diagnostic du tétanos des nouveau-nés est relativement facile. Il est basé sur la rigidité ou contracture musculaire, plus ou moins généralisée, et, en particulier, sur *celle des masséters ;* enfin, sur la difficulté ou mieux sur l'impossibilité, pour l'enfant, de téter, en raison du resserrement de ses mâchoires.

On ne confondra pas, avec le tétanos, la maladie de Little, par exemple ou tabes spasmodique, portant plus particulièrement sur les membres, surtout inférieurs, et n'intéressant point la tête et la face, encore moins la bouche.

On distinguera, de cette cause qui empêche le nourrisson de téter, toutes celles qui sont capables de produire un semblable résultat. Elles sont extrêmement rares et exceptionnelles, d'ailleurs.

C'est à peine si la *brièveté du frein de la langue*, le *muguet*, les *ulcérations buccales*, la *faiblesse congénitale*, peuvent être mentionnées, à cet égard.

Nous signalerons, simplement, les convulsions que leur caractère habituellement passager fera distinguer facilement du tétanos et du trismus, dont la durée est beaucoup plus grande.

Pronostic. — Le tétanos du nouveau-né est toujours grave.

Il entrave, en effet, la fonction principale de la vie, la nutrition, de laquelle dépendent l'intégrité de toutes les

autres (circulation, respiration, innervation). Aussi, pour peu que l'alimentation soit difficile ou impossible, on ne tarde pas à voir survenir, comme conséquence de l'*inanition*, la *mort*, par suppression progressive de ces diverses fonctions, indispensables à l'existence; si, même, l'*asphyxie* ne se produit pas, comme dans le tétanos chez l'adulte, *par contracture des muscles respiratoires*.

Cette gravité du pronostic se trouve cependant un peu atténuée, par les *cas assez fréquents de guérison*, qui seront à l'avenir, pensons nous, de plus en plus nombreux, à mesure que l'on saura mieux s'y prendre pour alimenter et traiter les nourrissons atteints de tétanos.

Traitement. — Le traitement découle tout naturellement de ce que nous avons dit plus haut.

On devra surveiller, avec un soin jaloux, les moments favorables à l'alimentation. Les tétées seront de beaucoup préférables, quand elles seront possibles, à l'ingestion de lait, même de femme, à la cuillerée.

Comme médicaments, nous nous sommes surtout bien trouvé de l'hydrate de chloral (25 à 30 centigrammes), dans une potion de 60 grammes (ainsi composée : eau 40; sirop de cerises 20).

Cette petite potion doit être administrée, à raison d'*une cuillerée à café et à une heure d'intervalle, trois fois consécutives*.

Après cela, que les contractures soient moins faibles ou non, on suspend la potion ,pour la reprendre quelques heures plus tard, si on le juge nécessaire, c'est-à-dire si les contractures se reproduisent, persistent ou redoublent. Il va de soi que si, après la première ou la seconde cuillerée, les contractures diminuaient ou cessaient, si, enfin, les tétées étaient possibles, on pourrait renoncer au chloral, du moins momentanément.

XI. — Tétanie

Définition. — On désigne sous le nom de tétanie une *maladie convulsive, généralisée, caractérisée surtout par des contractures, qui prédominent aux extrémités.*

Étiologie. — Les causes de la tétanie sont difficiles à approfondir, vu la rareté des cas observés, vu surtout la pénurie des autopsies y relatives. Cependant, il paraît établi que la tétanie, loin d'être une maladie primitive, se présente, beaucoup plutôt, sous la forme d'une maladie *secondaire* et, le plus souvent, *terminale* d'un état, neuro-pathologique et cérébral, antérieur. C'est, du moins, ce qui est confirmé par le cas, *unique jusqu'à ce jour*, qu'il nous a été donné d'observer.

Il s'agit d'un enfant de 7 ans, W. G., fils d'un père qui se suicida. Sa mère avait reçu de *nombreux coups, sur le ventre, pendant sa grossesse.*

Dès *l'âge de 11 jours, l'enfant eut des convulsions.*

D'apparence robuste jusqu'à *4 ans, il ne marchait cependant pas, encore, et ne parlait pas.*

A partir de cet âge, ses membres semblaient, par moments, se raidir.

Il *se servait, toutefois, de ses mains pour manger.*

A cette époque et sur le conseil des médecins qui le virent, l'enfant fut *électrisé*, à l'aide d'une pile au chromate de potasse. Les parents déclarent qu'*il supportait les courants les plus forts*, sans *se plaindre.*

On lui avait donné, concurremment, du salicylate de soude et du phosphate de chaux.

Depuis 6 mois, avant son entrée à la clinique, ses parents avaient habité sur les *bords de la mer.* L'enfant étant agité, on lui avait administré, sur l'avis d'un médecin, du chloral.

Mais c'est, surtout, 8 *jours avant son entrée*, que le petit malade s'est mis à pousser des *cris, nuit et jour.*

L'enfant, dit l'entourage, était alors *brûlant.*

Symptomatologie. — Chez notre malade la *cuisse droite* était *fortement fléchie* sur *le bassin, sans qu'il fût possible de l'allonger,* même en exerçant sur elle des tractions un peu énergiques; la *gauche* était *allongée.*

A certains moments, *les bras se raidissaient*; à d'autres, l'enfant portait ses *poings crispés à la bouche* et *se mordillait la peau des doigts* qui recouvre les phalangines et les phalangettes.

A son entrée, les *membres étaient vivement contracturés ;* les *supérieurs fortement raidis,* les *avant-bras en pronation forcée,* les *mains crispées,* le *pouce recouvrant les autres doigts.*

La *membre inférieur droit* était fortement *fléchi* sur le bassin, la *jambe à demi fléchie sur la cuisse,* le *pied en varus équin,* les *doigts de pied également contracturés,* le *gros orteil croisant les autres en avant.*

La *cuisse gauche* était aussi *contracturée,* du côté des *fléchisseurs surtout ;* mais, *l'enfant l'allongeait souvent et assez facilement.* Le *pied* et les *orteils étaient* dans le *même état que ceux du côté opposé.*

Par moments, ces contractures s'accentuaient, l'enfant se *mettait en arc* et *était* fortement *agité* par les secousses convulsives. La *respiration* devenait *haletante,* Chaque *expiration* s'accompagnait d'un *mouvement de la mâchoire inférieure, sans contracture* toutefois. Il se produisait même, alors et passagèrement, du *cornage.*

L'intelligence paraissait conservée; mais, les *douleurs semblaient très intenses. Rien* d'anormal *du côté des yeux, ni du côté de la sensibilité.*

Dans ces moments d'agitation extrême, la température ne pouvait pas être prise ; mais, l'enfant *était brûlant.*

Le malade demandait à boire, par un simple cri inarticulé (*boi*). Le *cœur* était en *arythmie.* Rien au poumon, ni du côté de l'abdomen. Rate et foie normaux, en apparence du moins.

A peu près chaque jour, la température oscillait, de la normale à la fièvre intense.

Le 2e jour, il eut : le matin 37°3; à midi 38°9; le soir 39°3.

Le 3e jour : matin 37°2; à 11 heures, il était *froid*; à midi,

il avait 38°4, nouvelle crise; puis, il dormit de 2 à 5 heures. A 6 heures, 36°6 ; à 8 h. 1/2. sueur froide, profuse. On le changea de linge. Nouvelle agitation.

Le 4e jour, *les contractures paraissaient moins énergiques*, la température du matin était de 39°6. L'enfant alla sous lui deux fois (la seconde en diarrhée). Pouls faible (digitale). A midi: 39°2, face rouge, conjonctives injectées, *cornage*. Pouls irrégulier. On prescrivit du chloral, qui amena le sommeil. Soir 38°7.

Le 5e jour, *notable amélioration. Contractures faibles.* Température: le matin, 36°7 ; à midi, 38° ; le soir, 36°6.

Le 6e jour, au *matin, l'enfant était calme, cherchait à jouer, prenait le biberon pour boire seul, donnait la main quand on la lui demandait.* Les *doigts* étaient *légèrement fléchis ;* mais, *le petit malade les remuait de temps à autre.* La *nuit* avait été *excellente.* W. G. avait bien dormi. Lui demandait-on quelle était la jambe dont il souffrait? Il montrait la *droite*, toujours fléchie.

A *midi*, agitation. Il mordillait sa main droite, se raidissait par moments; température 37°6. Le soir, 38°; les *contractures* avaient *augmenté.*

Le 7e jour. Nuit précédente agitée. Température du matin 38°2. *L'enfant était calme.* Il succomba peu de jours après dans des convulsions.

En résumé, *contracture intermittente et plus ou moins généralisée, s'accompagnant toujours d'élévation thermique, plus ou moins intense : tel fut le tableau présenté par notre malade.*

Sur une lésion nerveuse et cérébro-spinale, ancienne, était venu se greffer un état aigu, que deux causes pourraient également expliquer : 1° l'*évolution dentaire* (dent de 6-7 ans), se traduisant par le mordillement signalé et observé par nous, dans les poussées contracturales; 2° l'*impaludisme,* auquel nous n'avons songé qu'après coup, nous l'avouons sans peine, en raison peut-être de notre inexpérience d'une maladie si rare et si peu connue, dont les auteurs font une description hâtive, sommaire et incomplète.

Puisse ce cas, fort instructif selon nous, être utile à ceux

de nos lecteurs qui auront plus tard à observer, dans l'enfance, la tétanie, cette maladie nerveuse et cérébro-spinale, *secondaire*, que des *causes*, *multiples* à notre avis, sont susceptibles de déterminer, chez des enfants déjà porteurs de *tares*, disons mieux de *lésions* déjà *anciennes*, *de l'axe cérébrospinal.*

Comme on a pu le voir, par l'observation que nous avons résumée et qui nous est personnelle, les appareils circulatoire et respiratoire ne tardent pas à prendre part à la perturbation nerveuse générale, probablement par troubles fonctionnels de leurs centres respectifs ; ce qui contribue, certainement, à amener la mort, tantôt par congestion pulmonaire ou cérébrale, tantôt et le plus souvent par asphyxie.

Pronostic. — Le pronostic de la tétanie, non seulement selon nous et de par le cas unique qu'il nous a été donné d'observer, mais encore d'après l'immense majorité des auteurs, est des plus graves.

Cette maladie est, en effet, le plus souvent sinon toujours fatale, en raison de la gravité qui résulte, pour les sujets, de l'état neuro-pathologique antérieur dont ils étaient atteints et que vient raviver et augmenter une cause, en apparence banale et commune.

Nous admettons toutefois (sans avoir pu jamais la constater nous-même, mais en raison des observations relatées par quelques auteurs) la *curabilité de certains cas de tétanie*, chez l'enfant.

Ce résultat est tout à fait en rapport, croyons-nous, d'une part, avec le *degré de l'atteinte portée au système nerveux par la maladie* (nous pourrions dire l'infirmité) *première*, dont il a été frappé, et, d'autre part, avec celui de la *cause seconde*, qui, sur un pareil terrain, suscite, provoque et détermine la tétanie.

Traitement. — Comme dans les convulsions en général, dont on rapproche beaucoup la tétanie, *trois indications fondamentales* sont à remplir, dans cette maladie.

La *première* consiste à *calmer le système nerveux.* Le bromure de potassium, le chloral, l'antipyrine, seront, alternativement ou simultanément, employés à cet effet.

La *deuxième* est d'*éviter ou de supprimer toute cause ordinaire de convulsions.* La diététique en fournira les éléments principaux (lait, toutes les 3 heures seulement). L'enfant sera, en outre, placé dans une *chambre obscure* et *sans bruit* (la lumière et les sons bruyants étant cause d'excitation nerveuse).

Une seule personne devra rester auprès du petit malade, pour lui donner son alimentation et ses remèdes, s'il veille; pour ne point contrarier son sommeil, en parlant à quiconque pourrait se trouver dans la chambre. Elle ne devra, même, parler à l'enfant que pour lui répondre brièvement ou pour lui faire prendre ce qu'a prescrit le médecin. Ce rôle, plus difficile à jouer qu'on ne pense, devra être confié à la personne la plus intelligente que l'on aura sous la main.

Pour remplir complètement cette seconde indication, l'on surveillera et l'on traitera au besoin : la constipation, l'évolution dentaire, les diverses maladies de l'appareil cardio-pulmonaire (endo-myo-péricardite, pneumonie, pleurésie, broncho-pneumonie) qui pourront se produire.

La *troisième*, enfin, consistera à dépister et à combattre les causes, propres à chaque cas particulier (impaludisme, auto-intoxications d'origine gastro-intestinale, urinaire, etc., etc.), qui auront occasionné la tétanie.

En outre, si la maladie première du système nerveux (tumeur, sclérose) est susceptible de certaine amélioration, par les résolutifs ou de tout autre façon, on devra essayer de l'obtenir.

XII. — Tic de Salaam

Définition. — Le tic de Salaam n'est autre chose qu'un *mouvement convulsif, faisant exécuter à la tête, d'une façon presque rythmée, des déplacements oscillatoires de flexion antérieure ou de latéralité.*

Étiologie. — Les causes du tic de Salaam sont nombreuses, à notre avis.

Une *chute* d'une hauteur de quelques mètres, la *frayeur* (enfant voyant sa mère battue journellement par son père), l'*évolution dentaire* (aussi bien des premières dents de lait, à l'âge de quelques mois, que des dernières de la seconde dentition, à 14 ans), l'*hérédité nerveuse ou hystérique* (enfant dont la *mère présente elle-même ce tic, ainsi que sa grand'mère maternelle, atteinte en outre de tremblement sénile* à l'occasion des divers mouvements voulus, des mains par exemple), enfin, peut-être aussi, l'*influence de l'imitation*, sont tout autant de causes, qui nous paraissent susceptibles de produire cette maladie convulsive et limitée.

Telles sont, du moins, celles que nous avons trouvées, dans un cas relatif à un garçon de 14 ans, entré dans notre service en 1890.

Bien plus simples doivent être l'étiologie et la pathogénie de ceux rencontrés dans le *tout jeune âge* et, en particulier, dans les 6 *premiers mois de la vie*. Nous en avons observé un seul.

Il nous a paru que, dans ces cas, l'*évolution dentaire*, seule ou jointe au *nervosisme héréditaire* et produisant une excitation un peu plus forte qu'à l'ordinaire s'irradiant sur les muscles du cou (sterno-cleido-mastoïdien, trapèze, etc.) par l'intermédiaire du spinal, est susceptible d'en rendre suffisamment compte.

Symptomatologie. — Un enfant, de quelques mois à peine ou au contraire plus âgé et déjà dans la seconde enfance (jusqu'à 14 ans ou au-delà), présente un *mouvement de flexion ou de latéralité de la tête.*

Ce mouvement, à peu près rythmé et se produisant une ou deux fois par seconde en moyenne, est *tantôt continu, tantôt* simplement *intermittent.*

Le plus souvent il affecte cette dernière forme, bien que sa *durée* puisse être *plus ou moins longue* (de quelques heures, chez l'enfant tout jeune, à plusieurs jours, plusieurs semaines ou même plusieurs mois, chez l'enfant plus âgé — 14 ans).

Il n'est pas rare de voir des *intermittences assez prolongées* se produire. Elles peuvent être de quelques semaines ou

de plusieurs mois. On en a vu, même, durer plusieurs années.

Le cas, relatif à notre malade de 14 ans, en est un exemple.

Il est assez habituel aussi, de voir le tic de Salaam, ordinairement simple dans le tout jeune âge, se compliquer d'autres états nerveux, à un âge plus avancé.

C'est, en effet, dans sa simplicité absolue que nous l'avons observé, chez le jeune nourrisson dont nous avons parlé plus haut; c'est, au contraire, au milieu d'accidents nerveux de toute sorte, que nous l'avons vu évoluer, chez le garçon de 14 ans.

Chez le premier, le tic de Salaam se produisait pendant quelques heures, pour s'arrêter, ensuite, pendant plusieurs jours ou même plusieurs semaines. Le traitement et l'hygiène alimentaire en eurent raison assez facilement.

Chez notre second malade, non seulement nous constatâmes l'existence de *zones* dites *hystérogènes*, mais encore celle d'autres *stigmates* réputés *hystériques* (anesthésie cutanée, disséminée sur divers points du corps).

De plus, vers l'âge de 13 ans, ce malade présenta, à l'école même qu'il fréquentait, de *nombreux vertiges et pertes de connaissance*, que l'on pouvait, alors, facilement mettre sur le compte de l'évolution de la deuxième grosse molaire (dent de 13 à 14 ans).

Pendant son séjour à l'hôpital, il eut, aussi, *certaines attaques nerveuses, extrêmement bizarres.*

Disons, d'abord, qu'en temps ordinaire, son tic de Salaam s'accompagnait d'un certain degré de *nystagmus* (oscillation des globes oculaires, de droite à gauche et inversement).

Au moment des attaques, au contraire, l'*agitation et le tremblement, loin de se limiter à la tête, envahissaient les membres supérieurs et inférieurs*, qui subissaient des *oscillations analogues à celles de l'extrémité céphalique.*

Une fois, même, l'enfant perdit connaissance et fut couvert d'une *sueur profuse.*

Pas de cri initial; pas d'hébétude ni de coma, pas même de perte de mémoire, après l'attaque.

Celle-ci pouvait être arrêtée par la compression de la zone

dite *pré-ovarique*, *gauche* (anesthésiée d'ailleurs), *ou, encore du testicule correspondant.*

Chose curieuse, les *yeux*, animés d'un mouvement de *nystagmus* (ainsi que nous l'avons dit plus haut) *dans l'intervalle des attaques*, étaient, au contraire, à peu près *fixes pendant celles-ci.*

Le *caractère* de ce malade était *violent*, *emporté*, *enclin à la duplicité et au mensonge.*

Si ces attaques peuvent, jusqu'à un certain point, être *rapprochees de l'hystérie* ou, même, être qualifiées d'hystériques (on sait ce que nous pensons à cet égard ; voir plus haut, à ce sujet, notre chapitre sur l'hystérie), on n'en est pas moins obligé de reconnaître, avec nous, que, dans leurs intervalles, persistait *le tic de Salaam* (dégagé, dans notre premier cas, de toutes ces complications nerveuses), *que personne*, à notre connaissance, ne *songe à considérer comme un stigmate d'hystérie*, *à moins de faire entrer dans ce protée à mille formes*, ainsi qu'on l'a appelée, *la neuro-pathologie tout entière.*

Loin de tomber dans une faute aussi grave, nous estimons qu'à l'instar du rhumatisme articulaire aigu, qui se dégage de plus en plus des pseudo-rhumatismes avec lesquels on l'a si longtemps confondu, le terrain de l'hystérie va s'amoindrissant de jour en jour, ce qui ne peut que s'accentuer par la suite à notre avis, surtout en pédiâtrie, au fur et à mesure que nous seront mieux connues les diverses névroses, en général, et celles de l'enfance, en particulier, dont le nombre est si grand et les variétés si multiples.

Comme pour la chorée, un fonds d'anémie précède et accompagne souvent le tic de Salaam.

Diagnostic. — Le diagnostic de cette maladie est des plus faciles. D'après la description que nous venons d'en faire, il n'est pas possible de confondre le tic de Salaam avec une autre névrose quelconque.

Les *convulsions* en général, les *maladies convulsives de tout ordre* (chorée), sont, d'ordinaire, beaucoup moins limitées. Leur durée est, aussi, bien plus éphémère et bien moins longue.

La *tétanie* et le *tétanos*, le *torticolis* enfin, n'ont *rien qui les rapproche, même de loin,* du tic de Salaam.

Pronostic. — Le pronostic, quoique bénin, est cependant toujours entaché d'un certain caractère de gravité, moins à cause de la maladie elle-même, que de la *tare nerveuse*, héréditaire le plus souvent, qu'elle indique.

Les enfants atteints du tic de Salaam sont des malades qu'on ne saurait trop surveiller au *point de vue hygiénique* (aliments, climat, côté physique et moral du développement), au point de vue enfin des *diverses névroses* (chorée, hystérie, épilepsie) ou *des maladies nerveuses de tout ordre* (neurasthénie) et, *même, mentales* (lypémanie, etc.), auxquelles ils sont si fortement prédisposés, de par leur *hérédité nerveuse.*

Traitement. — Le traitement doit être, ainsi que cela résulte des déductions pronostiques qui précèdent, *surtout hygiénique.*

L'*alimentation,* l'*habitation*, le *vêtement,* le *climat*, les *exercices du corps* et *de l'esprit,* l'*éducation et l'instruction*, mériteront une *égale surveillance, même après la guérison du tic de Salaam.*

Pour obtenir rapidement ce résultat, c'est surtout la *diététique sévère*, qu'il faudra mettre en vigueur (voir, en tête de ce précis, nos conseils à cet égard).

Les *frayeurs,* de toute nature, devront être soigneusement *évitées.*

Une direction ferme, mais sans brusquerie ni violence, sera de rigueur, dans ces cas.

Les *sédatifs du système nerveux* (bains hygiéniques, bromures, hydrate de chloral) seront parfaitement indiqués.

L'anémie devra être dépistée de bonne heure et traitée par les ferrugineux, principalement dans la seconde enfance.

Le phosphate de chaux, qui favorise l'évolution en général et dentaire en particulier, répondra fréquemment avec utilité à ces précieuses indications.

XIII. — Paralysie infantile

Définition. — La *paralysie infantile* est une maladie *propre à l'enfance.* Elle frappe, *tout à coup, un ou plusieurs groupes musculaires*, principalement ceux des membres.

Étiologie. — Les causes de la paralysie infantile ne nous sont pas, encore, parfaitement connues.

La *fièvre* (*éphémère* le plus souvent), qui la précède ou l'accompagne, semble bien indiquer une *infection au début.*

Le *froid* a été aussi incriminé, sans que l'on puisse, toutefois, en établir indiscutablement l'influence.

Ce qu'il y a de certain, c'est que dans les cas, qui après une durée plus ou moins longue ont été suivis d'autopsie, on a trouvé une *lésion atrophique des cellules motrices des cornes antérieures de la moelle* (*poliomyélite*).

Symptomatologie. — Un enfant est couché bien portant, la veille au soir. Le lendemain, *au réveil* ou pour mieux dire *au lever, il est frappé d'impotence fonctionnelle*, portant sur un ou plusieurs membres.

Les *membres inférieurs sont le siège de prédilection de la paralysie infantile.* Les supérieurs peuvent, cependant, en être atteints. Les exemples en sont de jour en jour plus nombreux.

Ce qu'il est important et utile de retenir, c'est que *le membre intéressé n'est pas frappé*, d'ordinaire, *dans sa totalité;* mais le plus souvent, au contraire, dans *quelques-uns de ses groupes musculaires* et même, assez communément, dans *certains de ses muscles*, pris *à part.*

C'est ainsi que, du côté du membre inférieur, les *péroniers*, le *jambier antérieur*, le *soléaire*, le *triceps sural*, peuvent être *simultanément* ou *isolément* atteints.

Du côté du membre supérieur, le *deltoïde*, le *biceps*, etc. sont, souvent, dans le même cas.

Communément (si l'on a pu assister au début de la para-

lysie c'est-à-dire si, au lieu de se produire subitement et de nuit comme nous venons de l'indiquer, les *accidents* ont débuté le jour) on constate qu'ils ont été *précédés d'une fièvre, parfois assez intense* (39°, 40°) ; mais, presque toujours, *de courte durée* (moins de 24 heures en général).

C'est par l'*impotence fonctionnelle* ou, du moins, par l'*impossibilité d'exécuter certains mouvements*, que *se recèle la paralysie infantile*. Un enfant *couché bien portant la veille* (nous le répétons à dessein) peut être *levé paralysé le lendemain*.

Si le petit malade marchait auparavant et si la paralysie porte sur les membres inférieurs, la maladie est rapidement reconnue. Si, au contraire, l'enfant *ne marchait pas*, le mal est, de ce fait, *bien plus difficilement reconnaissable*.

Toutefois, les mères ou les nourrices attentives (l'enfant étant encore au maillot, par exemple) ne tardent pas à s'apercevoir que, lorsqu'on le lange, il *n'exécute plus aussi facilement les mouvements qu'il exécutait autrefois avec ses membres inférieurs aussitôt qu'on l'avait délangé*, témoignant de la sorte, pour ainsi dire, sa satisfaction de sentir ses jambes en liberté et profitant de cela pour leur donner les attitudes les plus diverses, comme pour se délasser de la position, plus ou moins fixe et pénible, que lui impose l'emmaillottement.

Mais, là ne se bornent pas les conséquences de la paralysie infantile. A l'impotence fonctionnelle et musculaire, portant sur les masses intéressées, succède bientôt une *atrophie d'autant plus appréciable que les muscles atteints sont* ou plus volumineux, normalement, ou plus nombreux. Mais, cette atrophie, quelque rapide qu'elle soit, exige cependant un certain temps pour se produire.

Lorsqu'elle se manifeste, d'ordinaire, la lésion des muscles est telle qu'elle est à peu près irrémédiable.

A *cette atrophie paralytique* succède, bientôt, une sorte de *rétraction musculaire* ou, du moins, un arrêt de développement du muscle, pendant que les autres parties du membre, restées saines (os, articulations, muscles, etc.), continuent à se développer.

Il en résulte certaines *attitudes vicieuses*, telles que les

pieds bots paralytiques, quelle que soit la forme qu'ils affectent, suivant les muscles lésés : *équin*, pointe du pied abaissée par la rétraction des muscles du mollet; *talus*, pointe relevée par celle des muscles antérieurs de la jambe; *varus*, abaissement du bord interne du pied, par rétraction des péroniers; *valgus*, abaissement du bord externe par celle du jambier antérieur. Les variétés *varus-équin*, *valgus-équin*, *varo-talus*, *valgo-talus*, sont en rapport avec les *diverses combinaisons* atrophiques que l'on peut observer dans le membre inférieur (jambe dans l'espèce), *par suite de la distribution même de la paralysie et de l'atrophie* ou, au contraire, *de la rétraction*.

On comprend aisément, en effet, que, *suivant la prédominance de la paralysie* et de *l'atrophie* ou de la *rétraction musculaires*, les pieds bots soient *tout différents* comme origine et, même, diamétralement opposés ou tout à fait inverses.

Dans le *premier cas*, la tonicité musculaire, normale, faisant défaut dans les muscles paralysés, *les muscles antagonistes entraînent le pied dans la direction propre à leur action spéciale* (pied bot équin, dans la paralysie atrophique des muscles antérieurs de la jambe).

Il sera donc utile, dans chaque cas particulier, de déterminer le siège de la cause provocatrice de l'attitude vicieuse.

Dans un cas de paralysie infantile, portant sur le *triceps fémoral droit*, l'enfant ne pouvait, ni relever la jambe correspondante, dans le décubitus dorsal, ni la soulever, pendant la marche. La *cuisse du même côté étant relevée par nous* (le genou en haut), la *jambe retombait inerte aussitôt*.

L'enfant ne put marcher qu'à l'aide d'un appareil orthopédique, constitué par des tiges latérales, métalliques, articulées et portant, *en avant du genou*, une *sangle en caoutchouc* destinée à maintenir cette partie et à la repousser en arrière, au besoin ; à *redresser* le membre, en un mot.

Chez un jeune homme, que nous avons connu à l'âge de 16 ans, il existait, par suite d'une paralysie infantile (ancienne) du deltoïde, une *large séparation des surfaces articulaires de l'épaule* et une *impotence fonctionnelle et partielle du bras*, qui *pendait inerte le long du corps* et *que*

le malade devait fléchir, à l'aide de l'autre main, s'il voulait utiliser les quelques mouvements restés libres dans l'avant-bras et la main du côté paralysé. Comme c'était le bras droit, le malade avait appris à écrire de la main gauche.

Diagnostic. — Le diagnostic de la paralysie infantile se base, nous l'avons vu, *suivant la période*, sur : l'*impotence fonctionnelle*, l'*attitude vicieuse*, l'*atrophie musculaire*, les *rétractions*, les *pieds bots*, les *mains botes*, etc.

L'impotence fonctionnelle peut être confondue avec cet état que nous avons désigné sous le nom d'*hypokinésie des membres inférieurs* et qui se caractérise par ce fait, que les enfants, qui marchent déjà ou qui se soutiennent sur leurs jambes, *perdent momentanément cette faculté, au cours de l'évolution dentaire.* Les parents et le médecin pourraient, à première vue, confondre cette hypokinésie avec la paralysie infantile.

Un examen attentif dissipera rapidement tout doute à cet égard.

Les mouvements, dans ce cas, *sont certainement faibles, peu énergiques*, mais *conservés* ou, du moins, *possibles.* S'il existait encore quelque hésitation, l'*électro-diagnostic* la ferait totalement disparaître. Les réactions sont *normales, dans l'hypokinésie.* Il en est bien autrement, dans la paralysie.

On pourrait aussi confondre, avec la paralysie infantile, les *douleurs osseuses de croissance*, qui ont pour siège habituel le cartilage juxta-épiphysaire. Il en résulte, on le conçoit, une *certaine difficulté de se servir des membres atteints.*

Il n'est pas jusqu'à la *pseudo-paralysie syphilitique du nouveau-né* ou *maladie de Parrot*, qui ne puisse être prise pour une paralysie infantile (voir précédemment, au chapitre syphilis, son diagnostic spécial).

L'*atrophie* pourrait faire croire à l'existence d'une *myopathie primitive* (voir, plus loin, le chapitre des *amyotrophies*).

Le pied bot *paralytique* pourrait, enfin, être confondu avec le pied bot *rachitique* (voir rachitisme).

Pronostic. — Le pronostic de la paralysie infantile est toujours grave.

Il *se mesure au degré d'impotence fonctionnelle*, d'*atrophie* ou de *rétraction musculaire*, d'*attitude vicieuse*, de *déformation (osseuse ou articulaire) consécutive*, établissant autant de *catégories* et de *degrés d'infirmité*. Il en résulte l'*indication formelle* de *traiter* et de *redresser* le *plus tôt possible. Sinon, le développement et la marche aidant, l'infirmité peut devenir de jour en jour plus grave et, même, incurable.*

Traitement. — Le *traitement précoce* de la paralysie infantile (durant les *premiers 8 jours*) est l'*électrothérapie* et consiste en *courants continus.*

Tels sont le *moment le plus propice à choisir* pour l'intervention thérapeutique et le *moyen le plus efficace* à employer.

Son traitement tardif est *encore l'électrothérapie* et consiste en *courants continus (galvaniques)* et *courants interrompus (faradiques)*, les *premiers* s'adressant à la *nutrition neuro-musculaire*, les *seconds* destinés à *réveiller* ou à *maintenir la contractilité et, par suite, la fonction et la vie*, dans les parties non encore irrémédiablement atteintes.

Le *pied bot paralytique* est surtout justiciable d'*appareils orthopédiques*, à moins que la *rétraction excessive*, les *déviations énormes* et les *déformations trop anciennes*, ne réclament les secours de la *chirurgie (ténotomie, ostéotomie)*.

XIV. — Sclérose en plaques

Définition. — La sclérose en plaques est une maladie de l'axe cérébro-spinal caractérisée par des *plaques de sclérose disséminées*, mais *prédominantes sur les cordons antéro-latéraux.*

Étiologie. — Les causes les plus communes de la sclérose en plaques sont, incontestablement : la syphilis héréditaire et l'alcoolisme des ascendants.

Symptomatologie. — La maladie en question a une symptomatologie particulière. Ses principaux symptômes sont : le

nystagmus, le *tremblement*, l'*exagération des réflexes*, enfin l'*impotence fonctionnelle des membres*.

Le *nystagmus* n'est pas autre chose que l'oscillation à peu près continue (de droite à gauche et de gauche à droite, quelquefois dans le sens vertical) du globe oculaire tout entier. On voit, parfois, celui-ci animé de mouvements plus complexes, résultant de la combinaison des deux oscillations, verticale et horizontale, précitées.

Le *tremblement s'observe*, *régulièrement*, dans la sclérose en plaques. C'est une des rares maladies de l'enfance, au cours desquelles on en constate l'existence. Aussi, faut-il penser, toutes les fois qu'on le rencontre, à la possibilité où l'on est de se trouver en présence de cet état pathologique.

Les *autres symptômes*, qui lui sont propres, viendront ensuite, par leur présence ou leur absence, confirmer ou infirmer le diagnostic primitif.

Les *réflexes* sont généralement *exagérés*, dans cette maladie. On y rencontre aussi, assez communément, la *trépidation épileptoïde*. A un degré un peu plus avancé, le petit malade est, en quelque sorte, un *infirme*, qui *ne peut pas se servir de ses membres; auquel on doit donner à manger*, par conséquent, et qui se trouve dans l'*impossibilité de marcher*, de *satisfaire*, *seul*, *à ses besoins* de défécation, d'urination, etc.

Il est tout à fait *digne de figurer au nombre des enfants arriérés*, dont nous avons parlé précédemment et pour lesquels un *asile*, *au moins régional*, *serait si nécessaire*, à notre avis.

Diagnostic. — Le diagnostic de la sclérose en plaques est relativement facile, grâce aux symptômes que nous venons de lui reconnaître et de décrire.

Toutefois, certaines difficultés pourront se présenter au pédiâtre, dans ces cas. C'est ainsi que les *mouvements choréiques de l'œil* pourront, *a priori* et à un examen superficiel, en imposer pour le *nystagmus*. Mais, les oscillations presque régulières et continues de ce dernier, leur direction le plus habituellement horizontale, le feront bien vite distinguer des mouvements choréiques proprement dits, véritable *folie mus-*

culaire portant sur les muscles de l'œil, mais ne revêtant pas une aussi grande continuité, une aussi constante régularité.

Le *tremblement*, à son tour, pourra, dans certains cas, être difficilement rapporté à sa véritable origine.

Nous avons observé nous-même, chez l'enfant, *divers tremblements, variables au point de vue symptomatique et étiologique.* Tout récemment encore, se trouvait, dans notre service, un jeune berger de 14 ans, appartenant à l'assistance publique et qui était entré pour un *tremblement généralisé, plus marqué, toutefois, du côté gauche du corps.*

En quelques jours, ce tremblement diminua à tel point, sous l'influence des bains, du bromure et de l'iodure de potassium, que le malade sortit de la clinique, au bout de plusieurs semaines, considéré, par nous, comme tout à fait guéri.

Cet enfant (*dont le père tremblait lui-même* probablement sous l'influence de l'alcoolisme), nous déclara que, *pendant un certain temps*, il avait fait usage de l'*absinthe*, mais qu'il y avait, maintenant, tout à fait renoncé.

Nous avons communiqué aussi, au congrès de pédiâtrie de Bordeaux (1), le cas très complexe, d'un enfant de 13 ans (fils d'alcoolique, atteint de *tremblement* avec *mouvements choréiques* et *diminution du champ visuel*, à la suite d'un *fort traumatisme du coude, d'émotions grandes* et *au moment de l'évolution dentaire*), que nous avons pu classer dans l'*hystéro-traumatisme*, mieux dénommé, selon nous, *névroso-traumatisme*. Hénoch (2), dans un cas de tremblement qu'il signale, attribue un rôle considérable à l'évolution dentaire bien qu'il déclare n'avoir pu dépister celle-ci. Nous avons eu également, dans le service, un enfant, jeune Parisien de 13 à 14 ans, qui, s'étant *fracturé l'avant-bras* (radius) en faisant une chute sous les remparts de Paris et ayant été *mordu plus*

(1) L. Baumel. Un cas de tremblement chez l'enfant (Communication faite au congrès de Pédiâtrie de Bordeaux, le 10 août 1895); in Montp. Méd. même année.

(2) Hénoch. Maladies des enfants. Trad. Hendrix, Paris, Savy, 1885, pages 145 et 146.

tard à la main correspondante par un chien (d'ailleurs *non enragé*), était entré à la clinique pour des *tremblements* et des *attaques épileptiformes*, survenant *au cours et à l'occasion, semblait-il, de l'évolution dentaire*, avec *aura partant du point de la morsure.*

On doit véritablement se demander si, dans ces prétendus cas d'hystéro-traumatisme, on ne fait pas entrer des faits relatifs à des *névrites ascendantes* ou, même, à des *scléroses médullaires consécutives*, plus ou moins circonscrites, et qui n'ont, pour ainsi dire, *rien à voir avec l'hystérie proprement dite, à laquelle ils ne ressemblent que par le processus pathologique, portant sur des nerfs différents de ceux, dont les excitations ou les lésions déterminent habituellement l'hystérie.* Ces nerfs sont, on le sait, surtout le *plexus utéro-ovarien* et, d'une façon plus générale encore, les *nerfs des organes génitaux, internes ou externes, de la femme.*

Les *nerfs des organes génitaux de l'homme peuvent bien, par leurs diverses excitations pathologiques, produire quelque chose d'analogue, mais non point d'absolument identique.* Il en est de même de l'excitation pathologique de *la plupart des nerfs sensitifs ;* peut-être, même, *sensoriels.* De là, à notre humble avis, une *infinité d'états neuro-pathologiques, relatifs à ce groupe*, aujourd'hui encore *trop compréhensif*, que l'on dénomme l'*hystéro-traumatisme* et que nous aurions voulu voir simplement appeler le *neuro* ou, mieux, le *névroso-traumatisme* (1).

Un jour viendra, croyons-nous, dans un avenir peut-être peu éloigné, où une plus grande clarté sera projetée sur ce groupe pathologique, actuellement trop étendu.

A la lumière d'observations plus nombreuses et plus démonstratives, ce groupe se dissociera, se délimitera et, à supposer que le traumatisme, chez des hystériques, puisse revêtir une forme particulière, ce qui est à démontrer, on en détachera certainement bon nombre de faits, qui ont trait au simple *neuro-traumatisme.*

(1) L. Baumel, loco citato.

Pronostic. — Le pronostic de la sclérose en plaques, chez l'enfant, est toujours grave.

C'est une véritable *infirmité*, ainsi que nous l'avons dit plus haut, infirmité d'autant plus sérieuse, selon nous, que le développement du système nerveux est incomplètement effectué, à cette période de la vie, et qu'il rencontrera nécessairement des entraves, de la part de la maladie existante.

N'ayant observé qu'un cas de sclérose en plaques, chez une jeune fille de 8 ans (1), nous n'avons pas d'opinion personnelle à émettre, à cet égard, si ce n'est que, pendant le peu de temps que nous l'avons eue à la clinique, l'impotence fonctionnelle nous a semblé s'*accroître* à mesure que la fillette avançait en âge, malgré le traitement spécifique, institué dans ce cas, qui nous a paru lié à une syphilis héréditaire.

L'enfant était à peine capable de rester assise (sur une chaise ou plutôt dans son lit) toute la journée.

Traitement. — Le traitement de la sclérose en plaques dépend, on le conçoit sans peine, des causes qui ont pu lui donner naissance. C'est, en particulier, le *traitement antisyphilitique* (mercure, iodure) qui peut remplir, ici, la première et la plus fondamentale indication.

Les résolutifs (iodure), alors même que la cause ne serait point nettement syphilitique, seraient encore indiqués.

Mais, on se trouve le plus souvent, il faut le reconnaître, en présence de *lésions définitives.*

La syphilis serait-elle en cause, au point de vue étiologique et pathogénique, que, même dans ce cas, *les lésions scléreuses, émancipées de leur véritable nature, originelle, peuvent résister au traitement spécifique*, le plus rationnellement administré.

(1) L. Baumel. Maladie de Friedreich (diagnostic), in leçons cliniques sur les maladies des enfants. Paris, Masson, 1893, p. 248.

XV. — Maladie de Friedreich

Définition. — La maladie de Friedreich est une *ataxie locomotrice, propre à l'enfance* et le plus souvent *héréditaire* (1) *ou familiale, d'après les auteurs*, donnant lieu à la fois à des *symptômes de tabes et de sclérose en plaques* (Déjerine) (2), nous pourrions même ajouter : de *chorée chronique* (3).

Étiologie. — Les causes de la maladie de Friedreich sont, en première ligne, l'*hérédité*.

Mais cette cause, ainsi conçue et dénommée, est bien *vague*. Il est nécessaire d'y apporter un peu de précision.

A notre avis, l'*alcoolisme* des parents et, surtout, la *syphilis héréditaire* nous paraissent devoir jouer le rôle pathogénique le plus important.

Nous y ajouterons *toutes les lésions* susceptibles de se localiser plus particulièrement sur les *cordons postérieurs*, plus spécialement encore sur ceux de Goll ou de Burdach et leurs émanations ; en d'autres termes : sur tout le système nerveux, qui préside à la coordination des mouvements musculaires.

Ainsi que nous l'avons fait remarquer, dès 1893 (4), on a certainement exagéré la *nature familiale* de cette maladie. Nous ne l'avons, pour notre compte, jamais rencontrée.

Anatomie pathologique. — Si les symptômes sont ceux du tabes et de la sclérose en plaques, il faut reconnaître que la lésion n'est point celle de ces deux maladies. D'après MM. Déjerine et Letulle, puis Auscher, la lésion de la maladie de Friedreich consisterait en une *sclérose névroglique des cordons*

(1) Brousse. L'ataxie héréditaire. Thèse de Montpellier, 1882.

(2) Déjerine. Maladie de Friedreich, in Pathologie générale de M. le Professeur Bouchard. Tome V, Paris, Masson, 1901, p. 638.

(3) Combes. Maladie de Friedreich. Thèse de Montpellier, 1902.

(4) L. Baumel. Maladie de Friedreich, in Leçons cliniques sur les maladies des enfants. Paris, Masson, 1893.

postérieurs ; mais, elle porterait aussi sur les *cordons latéraux* et, plus spécialement, sur le *faisceau cérébelleux direct.*

Symptomatologie. — A première vue, la maladie de Friedreich se présente à l'observateur comme une maladie *médullaire*, que l'on pourrait prendre, à un examen superficiel : ici, pour une *paralysie infantile ;* là, pour une *chorée.*

Mais, à un examen clinique plus attentif, plus approfondi, on ne tarde pas à s'apercevoir que cette *difficulté dans les mouvements des membres, inférieurs surtout,* tient beaucoup plutôt à une *incoordination motrice, qu'à un défaut de contractilité musculaire* comme dans l'atrophie infantile (Voir ce chapitre).

En effet, l'enfant, lorsqu'il déplace volontairement ses membres dans le décubitus dorsal ou dans la station debout, produit des mouvements, que caractérisent deux faits particuliers. D'abord, ils sont d'une *violence extrême*, d'une *brusquerie* telle qu'on l'observe dans l'*ataxie, chez l'adulte* ; ensuite, *le but est dépassé* et le *membre projeté*, en quelque sorte, bien *au delà* du point que le malade se proposait d'atteindre. C'est bien, là, le propre des mouvements volontaires des ataxiques.

Rien de pareil ne s'observe dans la paralysie infantile, comme nous l'avons vu précédemment, où l'impotence fonctionnelle domine, partielle ou totale, suivant l'occupation, par la lésion, de tout ou partie de l'appareil musculaire d'un membre.

Nous avons dit, aussi, que l'enfant atteint de maladie de Friedreich peut dans certains cas, le plus souvent même, être pris pour un *choréique,* à première vue tout au moins.

C'est qu'il existe en effet, assez communément sinon toujours, des *mouvements involontaires, se produisant en dehors des contractions musculaires provoquées par la volonté* et qui rappellent, jusqu'à un certain point, les mouvements *brusques et désordonnés, que l'on observe dans la chorée de Sydenham* (voir ce chapitre). Mais, à une analyse plus minutieuse des phénomènes, on ne tarde pas à s'apercevoir que ces *mouvements choréiformes* ne rappellent que *de loin* les mouvements *choréiques* proprement dits.

Beaucoup moins brusques que ceux-ci, ils s'en distinguent, au contraire, par leur *amplitude moindre*, leur *intensité* plus *faible* et leur *lenteur beaucoup plus grande*, ce qui les rapproche précisément, quelquefois, des *mouvements athétosiques*. Ils sont, en quelque sorte, les *intermédiaires naturels* entre ceux-ci et les mouvements choréiques proprement dits.

En outre, dans la maladie de Friedreich, il existe des *troubles d'équilibration*. Le *corps et la tête oscillent* (va et vient). Dans la *station debout*, les *jambes se dérobent* et les *chutes* sont *fréquentes*. L'équilibre au repos étant impossible, le malade *élargit sa base de sustentation*.

Le plus souvent, la maladie de Friedreich semble avoir été la *conséquence de convulsions plus ou moins intenses*, plus ou moins répétées, survenues au cours d'une *maladie infectieuse* et, surtout, de la *coqueluche*.

La *méningo-encéphalite*, la *méningo-myélite* semblent pouvoir à un moment donné, dans le jeune âge et sous l'influence des infections les plus diverses survenues au moment du développement, produire une maladie de Friedreich.

Cette maladie ou, plutôt, ce *syndrôme clinique* pourrait bien un jour être considéré comme le résultat d'un *arrêt de développement des cordons postérieurs* (de ceux de Goll en particulier) et de leurs dépendances supérieures ou inférieures, comme la paralysie infantile est la conséquence d'une poliomyélite des cornes antérieures, comme les symptômes de la sclérose en plaques surviennent à la suite de certaines altérations des cordons antéro-latéraux.

Ce ne sont point uniquement les *désordres de coordination motrice* qui frappent, chez l'enfant atteint de maladie de Friedreich.

Non seulement, en effet, ces désordres portent le plus souvent sur l'ensemble des muscles de l'organisme, sur ceux du *membre supérieur*, comme sur ceux du *membre inférieur*, sur ceux de la tête et du cou, comme sur ceux du tronc lui-même ; non seulement on observe, parfois, cette maladie chez les *ascendants* du sujet examiné ou, tout au moins, sur ses

collatéraux ; mais, *l'idéation*, elle-même, *paraît*, dans bien des cas, *considérablement affaiblie*.

Charcot a caractérisé, *d'un seul mot*, l'incoordination motrice de la maladie de Friedreich. Il l'a qualifiée de *démarche tabéto-cérébelleuse*, parce qu'elle participe de l'incoordination cérébelleuse (titubation, zigzags de l'homme ivre) et de celle de l'ataxique (jambes lancées en avant et en dehors, tâlonnement).

On observe, dans bien des cas, de la *microcéphalie*. Le petit malade se rapproche, au point de vue intellectuel, sinon de l'idiot, du moins de l'imbécile. C'est un *inférieur ;* disons le mot, c'est, *encore*, *un arriéré*.

M. Audry (de Lyon), dans un très intéressant travail, a étudié ce qu'il appelle l'*athétose double* et les *chorées chroniques de l'enfance* (1), dans lesquelles entrent la plupart des faits que nous venons d'indiquer.

Ces prétendues chorées, le plus souvent incurables (ce qui les distingue déjà de la chorée de Sydenham, toujours curable à notre avis), sont de tous points analogues à celles que l'on rencontre, parfois, chez l'adulte et qui, survenues à la suite de convulsions ou d'attaques épileptiformes, résultent, non seulement d'une *lésion*, mais d'une lésion *définitive et incurable*, de l'axe cérébro-spinal.

Si la *sensibilité* est *intacte*, dans la maladie de Friedreich, si les *douleurs fulgurantes* y sont *exceptionnelles*, il est des *symptômes constants*, tels que : les *troubles de la parole* (*parole titubante*) et les *tremblements fibrillaires de la langue*, la *cypho-scoliose*, la *déformation des pieds*, le *nystagmus*, l'*abolition des réflexes* et l'*absence des signes de Romberg et d'Argyll Robertson*, dont quelques-uns échappent encore à une explication rationnelle et qui font dire à M. Déjerine que : *des notions plus précises sont encore nécessaires sur l'état des autres organes et des nerfs périphériques* (2).

(1) J. Audry. L'athétose double et les chorées chroniques de l'enfance. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1892.

(2) Déjerine. Loco citato.

Diagnostic. — D'après ce qui précède, l'ataxie locomotrice héréditaire de l'enfance ou maladie de Friedreich ne pourrait être confondue, nous l'avons dit depuis longtemps, qu'avec la paralysie infantile ou la chorée ; peut-être, même, l'athétose (1).

A un examen un peu plus approfondi, on ne tardera pas à rectifier cette erreur, possible à première vue seulement.

Mais, il ne suffit point de porter le diagnostic de maladie de Friedreich, c'est-à-dire de préciser, plus ou moins exactement, le siège de la lésion. Il faut surtout, dans chaque cas particulier, que le pédiâtre s'évertue à remonter au diagnostic de *nature*. C'est, là, ce qui nous amènera ultérieurement, pensons-nous, à un traitement vraiment pathogénique et tel qu'on doit chercher à l'instituer, en toutes circonstances, dans la pratique médicale ; aussi bien en pédiâtrie, que dans une branche quelconque de la clinique générale ou spéciale.

Pronostic. — Le pronostic de la maladie de Friedreich est toujours grave.

Son diagnostic entraîne, avec lui, l'idée d'*incurabilité*, d'*infirmité*, d'*infériorité*.

Sans doute, l'*ataxie héréditaire* peut présenter des *degrés divers*, qui assombrissent encore, plus ou moins, ce pronostic.

Nous avons dû, dans un cas des plus graves (2) qu'il nous a été donné d'observer, à l'hôpital, chez un enfant de 11 ans dont la marche était rendue absolument impossible, faire fabriquer un chariot spécial et à sa taille, pour lui permettre de diriger ses premiers pas.

Traitement. — Le traitement de la maladie de Friedreich est relativement simple.

La *première indication* à remplir consiste à *combattre la cause*, sous l'influence de laquelle s'est développée la maladie (syphilis par exemple).

(1) Baumel. Sclérose en plaques. Maladie de Friedreich, in Leçons cliniques sur les maladies des enfants. Paris, Masson, 1893.

(2) Baumel. — Eodem loco, p. 241.

La *seconde* indication est de recourir aux *résolutifs*, lorsqu'il s'agit de *lésions banales*, *primitives ou secondaires*, c'est-à-dire émancipées de la nature de leur cause première.

En *troisième* lieu, il faut faire de la *kinésithérapie*, soit par la *gymnastique* et la *marche* bien réglées, soit par le *massage*, soit enfin par l'*électrothérapie* (*courants continus*, s'adressant à la *nutrition neuro-musculaire ; courants interrompus*, destinés plus spécialement à *maintenir* ou à *réveiller la contractilité du muscle*).

XVI. — Maladie de Little

Définition. — La maladie de Little est une sorte de *tabes dorsal, spasmodique*, de l'enfance.

Étiologie. — Cette maladie est le plus souvent *congénitale*. Sa nature est difficile à pénétrer et à connaître. Toutefois, nous croyons que la syphilis héréditaire est une de ses causes les plus habituelles.

Quelle que soit la cause primitive, elle a, d'ordinaire, pour conséquence une *sclérose descendante des cordons antéro-latéraux de la moelle*.

Suivant le siège occupé par ces lésions, la maladie est tantôt simplement *médullaire*, tantôt au contraire *cérébrale*.

Symptomatologie. — Un enfant atteint de maladie de Little se présente à l'observateur avec des *membres* (*inférieurs surtout*) *rétractés* (les *jambes fléchies sur les cuisses*, *celles-ci sur le bassin, les pieds ou la partie inférieure des jambes croisés l'un sur l'autre*).

Si l'on essaie de donner à ces membres leur position et leur rectitude normales, on éprouve une assez grande difficulté pour obtenir ce résultat. Les membres sont dans un certain état de *rigidité* et de *contracture* ou de *rétraction*, qui explique leur résistance.

Les *réflexes* sont généralement *exagérés*. On peut même observer, dans certains cas, de la *trépidation épileptoïde ;*

mais, la *contracture ou la rétraction sont généralement telles que, ni l'exagération des réflexes, ni la trépidation, ne peuvent être produites et observées.*

Les membres supérieurs peuvent présenter les mêmes phénomènes de rigidité, de contracture, de résistance, de réflexes provoqués ou spontanés.

Les bras sont généralement immobiles contre la face latérale du thorax ; les avant-bras portés en avant, dans la demi flexion et la demi pronation. Les mains, elles-mêmes, sont légèrement fléchies sur les avant-bras, les doigts fortement repliés dans la main, le pouce au-dessous des autres et vers le milieu de la face palmaire.

Ces derniers présentent, aussi, une *certaine raideur contracturale*, qui rend leur redressement assez difficile à toute tentative faite dans ce sens.

Aussitôt déplacés de leur position anormale, les membres ou segments de membres la reprennent presqu'aussitôt et la conservent, jusqu'à ce qu'un nouvel effort soit tenté pour la leur faire perdre.

Il est, ainsi que nous l'avons dit plus haut, des *formes* de maladie de Little, *exclusivement médullaires*, dont la lésion semble être limitée aux *cordons antéro-latéraux* de la moelle et, le plus souvent, dans le *voisinage du bulbe* sinon de la *protubérance* ou même des *pédoncules cérébraux*, c'est-à-dire à une *hauteur assez élevée de l'axe médullaire.*

Mais, nous l'avons dit aussi, il est des *formes, véritablement cérébrales* ou du moins *cérébro-spinales*, qui, tout en présentant le tableau clinique de la forme médullaire, ci-dessus décrite, y ajoutent une symptomatologie cérébrale, incontestable et des plus caractéristiques.

Les enfants atteints de cette double forme ou, plutôt, de cette participation cérébrale, surajoutée, sont des inintelligents, des *arriérés*, dans toute l'acception du mot.

Souvent dans la maladie de Little, dans cette dernière forme surtout, on observe des convulsions plus ou moins *opiniâtres*, plus ou moins *fréquentes* et d'*intensité variable.*

Elles dénotent, le plus habituellement, un état particulier

d'irritation nerveuse, au niveau de la lésion cérébrale, sinon une *extension* aiguë de cette dernière. Elles occasionnent, souvent, la *mort précoce* de ces jeunes sujets.

A supposer, au contraire, que ceux-ci vivent assez longtemps pour traverser l'époque de la première évolution dentaire, c'est-à-dire de 6 mois à 2 ans, cette période est assez souvent compliquée de *convulsions*, qui, à l'inverse de ce qui se passe d'ordinaire chez des enfants normaux, se reproduisent avec une *persistance et* une *ténacité désespérantes.*

Admettons que, de très bonne heure, le diagnostic de maladie de Little n'ait pu être porté, ce qui est bien rare; on ne tarde cependant pas à s'apercevoir, bien avant même qu'arrive l'époque où l'enfant commence à marcher (un an en moyenne), que *le petit malade n'a pas*, comme les enfants de son âge, *la mobilité normale de ses jambes et de ses bras.* On ne tarde pas, non plus, à remarquer que *son intelligence est obtuse.* Ces nourrissons sont, en général, des *microcéphales.* Leur vie est presque toute végétative. Elle se borne aux actes de la digestion, de la respiration, de la circulation, de la nutrition.

Longtemps, les *éracuations naturelles* (miction et défécation) *s'effectuent,sans que les petits malades accusent ces besoins d'une façon quelconque.*

Le *moment, où l'enfant articule d'ordinaire ses premiers mots* (4 à 6 mois), est *singulièrement retardé* pour eux et, même, lorsqu'ils commencent à articuler, ce sont : des *syllabes, plutôt que des mots ;* des *cris, plutôt que des paroles.*

L'*incohérence des idées vient alors s'ajouter*, comme manifestation, *à l'incoordination des mouvements.*

La *mort* est la terminaison habituelle et, généralement, rapide de la maladie de Little.

Rarement, les petits malades qui en sont atteints vivent plus de 2 ou 3 ans. La scène se termine souvent au milieu des convulsions.

Diagnostic. — Le diagnostic est relativement facile. Il suffit d'en avoir observé un cas, pour ne pas se tromper, désormais, en présence d'un nouveau.

La seule difficulté qu'il y ait à préciser le diagnostic, c'est de reconnaître si l'on se trouve en présence d'une forme simplement médullaire ou, au contraire, à participation cérébrale. Il semble, dans ce dernier cas, que l'origine et la localisation première, des lésions. sont surtout cérébrales.

Le *mal de Pott* est si rare. à cet âge, qu'on a presque le droit de ne point y songer.

La *myélite transverse*, quelle qu'en soit la cause, et la *sclérose descendante*, qui l'accompagne lorsque la partie antérieure de la moelle est atteinte même isolément (cordons antéro-latéraux), pourraient, jusqu'à un certain point, être prises pour une maladie de Little, qui n'est, après tout, que l'une de leurs variétés dans le jeune âge, nous pourrions presque dire : chez le nouveau-né.

Pronostic. — Le pronostic est des plus graves. Nous n'avons jamais vu guérir, ni même s'améliorer, un seul cas. Nous ne partageons donc pas, à ce sujet, l'enthousiasme de certains auteurs, qui signalent, non seulement des améliorations, mais même des guérisons.

Nous connaissons, en particulier, un cas signalé comme très amélioré, dans un travail paru deux mois après la mort de l'enfant, lequel avait succombé, dans notre service, non seulement par suite de sa maladie, mais encore par le fait de convulsions nombreuses, survenues dans les derniers jours de son existence; convulsions qui ne sont pas, naturellement, mentionnées, dans le travail en question.

Traitement. — Le traitement de la maladie de Little est difficile. Il est évident que l'*allaitement naturel et, surtout, maternel* sera recommandé, aussi souvent que la chose sera possible.

Les *règles hygiéniques alimentaires*, qui le concernent, devront être scrupuleusement suivies (voir plus haut), précisément pour éviter les indigestions, les troubles gastro-intestinaux de toute sorte (dyspepsie, gastro-entérite des nourrissons, etc., etc.) qui pourraient survenir sans cela, ainsi que les convulsions qu'ils déterminent assez souvent et d'autant plus facilement que, dans l'espèce, le petit malade y est particulièrement prédisposé.

Contre la maladie elle-même, le traitement aura d'autant plus de chances d'avoir quelques résultats heureux, qu'il sera institué d'une façon *plus précoce*, qu'il sera plus judicieusement prescrit et plus scrupuleusement observé, qu'il sera enfin plus directement et plus rationnellement dirigé contre la cause première de la maladie (syphilis, par exemple, dans certains cas ; peut être dans le plus grand nombre).

Mais, même alors, le pédiâtre ne doit point oublier que, suivant une loi de pathologie générale fort ancienne et nettement formulée depuis longtemps par M. le Professeur Jaumes (de Montpellier), les lésions les plus spécifiques, à l'origine, s'émancipent à un moment donné de leur nature propre, entrent pour ainsi dire dans le domaine commun, déterminant des altérations ordinaires et banales, contre lesquelles le traitement spécifique, le plus rationnel, n'exerce pas la moindre action (1).

C'est dans ces cas que les *résolutifs en général,* l'iode, les iodures en particulier, les eaux salines (chaudes et chlorurées sodiques), les bains de Balaruc, de Salies-de-Béarn, seront parfaitement indiqués et pourront apporter quelque amélioration, en attendant le jour où, mieux instruits et mieux armés, nous parviendrons à avoir raison d'une maladie, jusqu'à présent si rebelle à la thérapeutique.

XVII. — Amyotrophies. — Paralysie pseudo-hypertrophique

Définition. — On désigne, sous le nom *d'amyotrophies primitives* ou *protopathiques*, des *atrophies musculaires, sans connexion apparente avec une myélopathie* quelconque (poliomyélite par exemple) et, par suite, susceptibles d'être consi-

(1) Jaumes. — Traité de pathologie et de thérapeutique générales. Paris, Masson, 1869.

dérées comme *véritablement primitives* ou, du moins, *non-myélopathiques.*

Une de ces amyotrophies, s'accompagnant de l'*état pseudo-hypertrophique de certains groupes musculaires, muscles* ou *portions de muscles*, est dite, pour ce motif, *paralysie pseudo-hypertrophique.*

Il est une autre catégorie d'amyotrophies, appelées *secondaires ou deutéropathiques*, qui sont, d'après les auteurs, de *cause nerveuse ;* on les appelle, aussi, *myélopathiques.*

Étiologie. — Rien n'est plus obscur que l'étiologie ou la pathogénie de ces amyotrophies, quelque type que l'on considère.

Toutefois, *malgré leur localisation apparente, leur dissémination habituelle* autorise à voir, au-dessus de l'atrophie musculaire, une *cause générale* (syphilis héréditaire, alcoolisme des générateurs, du père en particulier, frayeur, émotions de toutes sortes) et peut-être, aussi, une *lésion nerveuse, originelle*, dont la nature et le siège nous sont encore totalement inconnus.

Souvent, *dans une même famille on trouve plusieurs cas d'amyotrophie*, soit que celle-ci frappe seulement les *enfants*, soit qu'au contraire on la rencontre chez les *ascendants directs* ou, même, les *collatéraux.*

En ce moment, nous en possédons deux cas (1), au service : *l'un, amyotrophique* presque pur, chez un garçon de 16 ans, fils d'un père éthylique, frère d'une sœur plus âgée et hystéro-épileptique ; *l'autre, pseudo-hypertrophique*, chez un garçon de 10 ans, chez qui la maladie serait survenue, à l'âge de 7 ans et à la suite d'une *chute* dans une mare d'eau. Cette chute fut immédiatement suivie d'un *tremblement*, lequel aurait duré plusieurs heures.

Il y a quelques années, nous en avons observé un autre cas, chez un enfant de 11 ans. Chez ce dernier, comme chez l'enfant de 10 ans que nous avons actuellement sous les yeux,

(1) Voir ces deux observations in P. Orssaud. Contribution à l'étude des myopathies. Thèse de Montpellier 1902.

A B C

Fig. 46.

A. Photographie d'un enfant de 11 ans atteint d'*amyotrophie faciale* et *scapulo-humérale*, mais aussi *lombo-abdominale* et des *membres inférieurs* (*cuisses*), avec *paralysie pseudo-hypertrophique* siégeant aux *mollets*. — B. Le même. *Lordose consécutive*. — C. Attitude du malade ramassant un objet *par terre* et *grimpant* pour se relever, à l'aide de sa main droite, le long du membre inférieur correspondant.

la dissémination de l'amyotrophie était grande, la forme pseudo-hypertrophique existait aux mollets, l'amyotrophique sur les autres parties des membres, ainsi que sur le tronc, le cou et la face (voir fig. 46).

Enfin, dans le premier des cas que nous venons de signaler et qui *paraît, à première vue, exclusivement amyotrophique*, nous avons trouvé (du côté des adducteurs de la cuisse en particulier) *certains faisceaux musculaires nettement hypertrophiés.*

Notre ancien interne, M. Abadie (1), a publié un autre cas, pris dans notre service, dans lequel non seulement ont été trouvés des *signes de dégénérescence* par l'exploration électrique (électro-diagnostic), mais encore la *fusion des divers types, décrits par les auteurs*, et que, pour nous conformer à l'usage, nous énumérerons plus loin.

Symptomatologie. — Un enfant, primitivement sain en apparence jusque-là, présente, à un moment donné, une certaine *faiblesse générale* ou *partielle*, dans les jambes, d'ordinaire. La *marche* devient *difficile* ou pénible, le jeune malade *tombe* facilement.

Le mal fait des progrès incessants et plus ou moins rapides. Il en arrive à ce degré que l'enfant, lorsqu'il est assis sur une chaise ou lorsqu'il tombe à terre, est incapable de se lever, à l'aide de ses simples contractions musculaires, comme à l'état normal.

C'est ainsi que, pour passer de la station assise à la station debout, il est obligé de prendre, avec ses mains, un *point d'appui* sur les objets qui l'entourent (meubles, table, etc.) et, en particulier, sur la chaise où il est assis.

Lorsqu'il vient à tomber, il se trouve dans l'impossibilité

(1) J. Abadie et Denoyès, *Un cas d'amyotrophie progressive dite « essentielle » avec réaction de dégénérescence.* (Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, juillet 1900, T. XIII. Voir aussi : J. Abadie. Contribution à l'étude de la valeur diagnostique de la réaction de dégénérescence dans les cas d'amyotrophie progressive, in Nouv. Montp. Méd. T. XI, même année).

absolue de se relever directement, comme tout autre enfant de son âge. Aussi, lui faut-il recourir à des artifices, à des précautions, qui sont les suivantes : il se met, d'abord, à quatre pattes; les jambes sont fléchies sur les cuisses; puis, lorsqu'il a pu parvenir à poser ses pieds à terre, dans la position accroupie, il applique ses mains, d'abord sur les pieds et les chevilles, ensuite le long des jambes, des cuisses, du bassin même. Il grimpe pour ainsi dire, de la sorte, tout le long de ses membres inférieurs et parvient, ainsi, à redresser son corps, lentement et petit à petit (voir fig. 46).

Ce n'est pas seulement dans ces conditions que se révèle l'impotence fonctionnelle. Prenons un enfant amyotrophique couché dans son lit. Nous le verrons, suivant le degré d'atrophie de ses muscles, éprouver une difficulté plus ou moins grande, parfois même insurmontable, à relever ses membres inférieurs, soit simultanément, soit même isolément.

D'après le siège plus intense de l'atrophie sur tels ou tels muscles, ce sera tel ou tel segment de membre, dont les mouvements seront plus particulièrement limités, difficiles ou même impossibles.

L'enfant marche-t-il? Ici encore, des variétés multiples seront observées. Tantôt, comme chez notre premier malade, les pointes des pieds seront tournées en dedans, les talons fortement écartés, au contraire. Tantôt, comme dans le type Charcot-Marie (voir page 588), il se produira du *steppage*, de la *projection du pied*, par flexion de la cuisse sur le bassin; enfin, des *marbrures* et de l'*abaissement de la température locale*.

D'une façon générale, la *base de sustentation* est *élargie*, quelle que soit d'ailleurs la position respective des pieds, considérés l'un par rapport à l'autre ou bien isolément.

Tantôt les genoux sont rapprochés; tantôt, au contraire, ils sont écartés.

Les membres supérieurs sont atteints à leur tour, par l'amyotrophie, de façons diverses. Sur eux, les déviations seront toutefois moins marquées qu'aux membres inférieurs.

Une *ensellure lombaire* (lordose), forte, est généralement observée (voir fig. 46).

Assez communément aussi, par atrophie des muscles qui s'insèrent à l'*omoplate*, cet os fera une *saillie démesurée*, dans sa partie postéro-inférieure (scapulæ alatæ), et paraîtra détaché du tronc, à ce niveau.

Le cou, la face elle-même, portent des traces d'atrophie musculaire, plus ou moins intense.

Inutile d'ajouter que là, où existe l'*amyotrophie*, elle se révèle, *a priori* et suivant son degré, par une *diminution de volume de la partie du membre correspondante* (cuisse, jambe, pour le membre inférieur ; épaule, bras, avant-bras, éminences thénar et hypothénar, pour le supérieur).

Cette diminution de volume est appréciable à l'*œil nu* et par le simple *palper* (*action d'enserrer, avec la main qui explore, le pourtour du membre atrophié ; surtout, alternativement avec la partie correspondante du côté opposé*).

Pour préciser davantage, on peut recourir soit à un simple cordon, soit encore mieux à un ruban métrique, à l'aide desquels on prend la circonférence (supérieure, moyenne et inférieure) de chaque segment de membre, mensuration que l'on compare à celle du côté opposé, ce qui permet de juger, aussitôt, des différences.

Quand, à ces procédés d'investigation clinique, on ajoute l'exploration électrique (électro-diagnostic) au point de vue de la réaction des muscles et des nerfs, au point de vue surtout de la réaction de dégénérescence, que l'on rencontre parfois, malgré le dire de bien des auteurs, dans certaines formes d'amyotrophie considérées comme protopathiques (cas de mon service publié par mon interne M. Abadie), on se rend un compte aussi exact que possible de l'état de l'appareil musculaire et nerveux, central ou périphérique, du malade.

La pseudo-hypertrophie saute aux yeux, grâce au volume sensiblement plus grand, acquis par les parties qui en sont le siège. C'est, généralement, au mollet qu'elle est le plus accentuée.

Dans le second cas, mentionné plus haut et qui se trouve actuellement encore dans mon service, j'ai pu sentir et isoler en quelque sorte, avec les doigts, *plusieurs faisceaux musculaires* (1) pseudo-hypertrophiés, correspondant aux jumeaux et au soléaire. Mes élèves ont pu les sentir comme moi. Les *péroniers*, *eux-mêmes*, donnaient une sensation analogue; *comme, d'ailleurs, ce faisceau isolé, constaté, chez notre premier malade (amyotrophique pur en apparence)*, au niveau des adducteurs de la cuisse.

Enfin, avant de quitter ce sujet et pour nous conformer à la tradition clinique et classique, nous ajouterons que les auteurs reconnaissent *trois types*, aux *amyotrophies* qu'ils considèrent comme *protopathiques :* 1° le type Aran-Duchenne ou paralysie *pseudo-hypertrophique*, portant plus spécialement sur les jambes et débutant vers l'âge de 7 à 10 ans; 2° le type *amyotrophique de Erb* ou *scapulo-huméral ;* 3° enfin, le type *amyotrophique de Landouzy-Déjerine*, qui n'est autre que le précédent, avec *participation des muscles de la face à l'amyotrophie.*

Ces deux derniers sont qualifiés de *juvéniles*, en raison de leur apparition à une époque généralement plus *tardive* et au cours même de l'*adolescence.*

Ces types peuvent toutefois se fusionner. Ainsi, notre pseudo-hypertrophique (1) (type Aran-Duchenne) présentait, aussi, une atrophie facio-scapulo-humérale (type Landouzy-Déjerine).

Tout en conservant ces types cliniques et classiques, qui, d'*un mot*, indiquent un état pathologique, il ne faut pas, on le voit suffisamment, y attacher toute l'importance qu'on leur a attribuée jusqu'à ces derniers temps.

L'intelligence, sinon dans tous les cas, du moins dans quelques-uns, nous a paru fort limitée. L'enfant de 16 ans, dont nous parlons plus haut, était un vrai *microcéphale*, frappé de calvitie. Il avait l'*aspect* tout à fait *enfantin.* Sa haute

(1) Voir la thèse d'Orssaud précitée et notre fig. 46, page 583.

taille contrastait singulièrement avec sa microcéphalie très prononcée.

Dans les amyotrophies de l'enfance, dites *deutéropathiques*, figurent :

1° Le type Werning-Hoffmann, survenant vers l'âge de 10 mois, débutant par la racine des membres, envahissant ensuite le tronc et les muscles respiratoires, se terminant enfin par la mort, au bout de quelques mois ou de quelques années, soit par broncho-pneumonie, soit par asphyxie, soit avec des phénomènes bulbaires.

2° Le type Charcot-Marie, débutant vers l'âge de 4 ans et constitué en quelques années. Il commence par les péroniers, puis envahit le mollet, enfin la masse inférieure de la cuisse (atrophie en jarretière). La survie serait indéfinie, si le confinement au lit ne déterminait la broncho pneumonie.

3° Enfin, le type Déjerine-Sottas, exceptionnel, présentant des phénomènes analogues au précédent et, en outre, de l'*incoordination* motrice, de la *cyphose* et de la *névrite*.

Diagnostic. — Le diagnostic des amyotrophies, dites primitives, est relativement facile. Il est basé, d'après Déjerine, sur : 1° l'absence ou l'extrême rareté des contractions fibrillaires; 2° les réflexes tendineux, en rapport avec l'atrophie; 3° les saillies musculaires, arrondies au repos ou dans l'activité; 4° l'hypertrophie musculaire; 5° la rétraction fibro musculaire (positions vicieuses); 6° la diminution simple (à l'excitabilité faradique et galvanique) de la contractilité, sans inversion de la formule normale et, partant, pas de réaction de dégénérescence; 7° enfin, une évolution lente (longues années), contrairement aux atrophies musculaires de cause nerveuse (1).

On pourrait toutefois, à première vue, les confondre avec les atrophies secondaires, dites, pour ce motif, *myélopathiques*, précisément en opposition avec les premières, qui sont considérées comme *non-myélopathiques*.

La pseudo-hypertrophie, dénotée déjà par l'apparente para-

(1) Déjerine. Amyotrophies, in Pathologie générale de Bouchard. Paris, 1901. Tome V.

lysie (ou faiblesse musculaire) qui a valu à la maladie le nom de *paralysie pseudo-hypertrohique*, est rendue encore plus évidente par les réactions électriques, dénotant une faiblesse extrême de contraction dans les muscles atteints.

Parmi les amyotrophies myélopathiques, figure, particulièrement, la paralysie infantile, dont le début (d'ordinaire subit), la localisation, la marche, la délimitation et enfin les complications, sont assez différents de ce que l'on observe dans les amyotrophies primitives. On y rencontre aussi, à côté de la poliomyélite aiguë, la poliomyélite chronique, la sclérose latérale amyotrophique, la syringomyélie.

Il existe, en outre, des amyotrophies purement névritiques.

« D'une manière générale on peut dire, d'après Déjerine, que les atrophies musculaires protopathiques débutent par la racine des membres, tandis que les atrophies musculaires de cause nerveuse débutent, au contraire, par l'extrémité de ces derniers ».

« Mais, ajoute-t-il aussitôt, ce ne sont là que des *présomptions et non des signes de certitude absolue;* car, il existe des *exceptions* à la règle précédente ». (1)

Pronostic. — Le pronostic des amyotrophies est constamment grave. C'est toujours une infirmité, sinon une impotence fonctionnelle absolue, telle qu'on l'observe dans les culs-de-jatte, par exemple.

Toutefois, loin de présenter cette marche fatalement progressive, qui est celle de l'atrophie musculaire et généralisée de l'adulte, elle est susceptible de certaines rémissions, qu'il est bon de connaître et que nous sommes heureux de signaler.

Chez l'enfant de 16 ans, dont nous avons parlé plus haut et dont la maladie remontait déjà à 8 années, nous avons observé une rémission notable.

Ce malade, en effet, qui ne pouvait pas marcher quand il est entré au service, est parvenu, non seulement à soulever ses membres inférieurs dans le décubitus dorsal, à se lever s'il est assis ou allongé, à marcher, mais encore à monter et à

(1) Déjerine, Loco citato. T. V, p. 565.

descendre l'escalier, enfin à se rendre seul au cabinet d'électricité : tout autant de choses qu'il ne pouvait point faire lors de son entrée.

Il nous a paru que la croissance avait dû jouer un grand rôle, dans cet arrêt ou recul, qui s'était produit, momentanément, chez lui.

On conçoit en effet que, les leviers osseux s'allongeant démesurément dans ces cas, les muscles, déjà atrophiés, soient un instant surpris et se trouvent, pendant un certain temps, incapables de les mouvoir, aptitude qu'ils acquièrent par la suite, surtout si le traitement leur vient en aide et de bonne heure.

Traitement. — Ce traitement comprend : 1° une nourriture fortement réparatrice ; 2° des toniques (quinquina) et des reconstituants (phosphate de chaux, arséniate de soude) ; 3° enfin, l'électricité, s'adressant à la nutrition neuro-musculaire (courants continus ou galvano-thérapie), mais aussi à la contractilité des muscles (courants interrompus ou faradisation) pour maintenir ou augmenter cette fonction, autant que celle-ci est susceptible d'un pareil résultat.

XVIII. — **Névralgies (faciale, intercostale, sciatique)**

Définition. — On désigne, sous le nom de névralgies, un *état pathologique, particulier, des nerfs sensitifs, caractérisé par l'élément douleur.*

Etiologie. — Les causes des névralgies sont, chez l'enfant, les mêmes que chez l'adulte (1).

Les plus communes de ces localisations, chez l'un comme chez l'autre, sont les névralgies *faciale, intercostale, sciatique,* dont les causes habituelles, à tout âge, sont : pour la pre-

(1) L. Baumel. Chapitre Névralgies, in Traité de thérapeutique médicale appliquée de A. Robin, 1896.

mière, la *carie dentaire*; pour la seconde, l'*anémie* et le *nervosisme*; pour la troisième enfin, le *rhumatisme*.

La *sciatique* est *très rare* chez l'enfant. Nous ne l'avons, pour notre compte, jamais observée.

La *névralgie intercostale* se rencontre de préférence chez la *jeune fille*, principalement au moment de la *puberté*.

La névralgie faciale, de beaucoup la plus fréquente dans l'enfance, se manifeste à toutes les périodes de celle-ci ; dès le premier âge, surtout de 6 mois à deux ans (époque à laquelle les petits malades ne peuvent guère raconter leurs souffrances) ; mais, aussi, de 5 à 16.

Pendant ce dernier laps de temps, les enfants se plaignent de *mal à la tête. C'est au pédiâtre de se rendre un compte plus exact de la maladie*, de sa délimitation, de sa nature, en *explorant avec soin, en détail* et *de visu*, l'*appareil dentaire*, qui présente souvent de la *carie*, concomitante de l'*évolution* (nous en avons parlé précédemment, à l'occasion des accidents de dentition).

Cette *céphalalgie*, si commune dans l'enfance aux époques précitées et que certains auteurs ont *à tort* qualifiée de *céphalalgie de croissance*, n'est, après tout, qu'une *névralgie faciale* ou, pour mieux dire, *du trijumeau*, due aux causes sus-énoncées.

Symptomatologie. — Névralgie faciale. Ce n'est que pendant la *seconde ou la troisième enfance* (5 à 7 ans; 7 à 16) que les malades accusent de la *céphalalgie*, comme *premier*, sinon *unique*, *symptôme de névralgie faciale*.

A un examen plus attentif, le pédiâtre précise, par l'exploration du système dentaire et par celle des diverses branches du trijumeau, que la névralgie porte plus particulièrement sur les nerfs dentaires (maxillaire supérieur ou inférieur), avec irradiation plus ou moins intense sur les autres branches du trijumeau (ophtalmique ou, du moins, nerf frontal, etc.).

En présence de cette dernière irradiation, il est bon de s'assurer de l'*intégrité de l'appareil oculaire* et de l'*absence d'intermittence* ou, *surtout*, *de périodicité* (*malaria*).

Dans l'immense majorité des cas, ce sont les *nerfs maxillaires* qui sont le plus douloureux, pour les raisons que nous avons données plus haut.

Les *points névralgiques* sont, chez l'enfant, les mêmes que chez l'adulte ; nous signalerons, en particulier, le *point frontal* ou *sus-orbitaire*, pour l'ophtalmique ou branche supérieure; le point *sous-orbitaire*, pour le *maxillaire supérieur* ; le point *mentonnier*, pour le *maxillaire inférieur*.

Interrogé minutieusement l'enfant, atteint de névralgie faciale, finit par avouer que sa *mastication* est *douloureuse ou difficile*. Il a de la *préférence pour certains aliments*. Il *abandonne facilement* la *viande*, qui nécessite certains *efforts de mastication*, auxquels il ne peut pas se livrer, en raison des *douleurs qu'ils provoquent*. *Dans le pain* lui-même et pour des motifs analogues, *le petit malade recherche la mie*, *refusant*, pour ainsi dire, systématiquement *la croûte*.

C'est de cette difficulté de mastication que résulte une habitude déplorable et commune, chez l'enfant, lorsqu'il mange.

Il ne fait, en quelque sorte, que *tordre et avaler*, c'est-à-dire *couper* des fragments d'aliments, qu'il *ingère* aussitôt, *sans mastication préalable*. De là, la *dyspepsie par mastication incomplète*, que nous avons déjà étudiée. De là, les *dilatations* gastrique et cœcale, la *gastro-entérite*, la *fièvre* consécutive, la *douleur et le gargouillement de la fosse iliaque droite* (par difficulté de circulation de ces véritables *corps étrangers*, *alimentaires*, à travers l'orifice de la valvule de Bauhin). De là, aussi, les *vomissements* ou la *diarrhée*, à répétition et chronique ; enfin, *l'anémie* qui en résulte.

Celle-ci étant, à son tour, *cause de névralgie*, on comprend l'*embarras du praticien*, s'il ne sait rapporter à sa véritable origine, la névralgie d'abord, l'anémie ensuite.

On comprend, tout aussi bien, l'*insuccès des traitements prescrits jusqu'au jour où, étant connue la véritable nature du mal, on institue une thérapeutique logique, rationnelle et appropriée, pathogénique en un mot.*

Névralgie intercostale. — Puisqu'il est question de névralgie intercostale (dont les *points névralgiques*, on le sait depuis

Valleix, sont : l'un *postérieur*, l'autre *moyen*, le troisième *antérieur*, par rapport au nerf intéressé), considérons le cas assez commun dans lequel, chez une fillette anémique et atteinte de céphalalgie de dentition, on constate une *douleur épigastrique* (ou d'*estomac*, suivant l'expression des malades elles-mêmes).

Exceptionnellement cette douleur est névralgique. Rarement, l'estomac est directement en cause, dans ces circonstances. Il peut l'être, cependant, par suite de la mastication incomplète, sus-mentionnée.

Il s'agit *le plus souvent*, dans ces cas, *du foie des anémiques*, résultant du *cœur globuleux* (cœur forcé, cœur droit dilaté de Parrot), si *commun dans ces conditions, que l'anémie soit primitive ou secondaire.*

Pour s'en assurer, nous l'avons dit plus haut, il suffira d'examiner la jeune malade le matin à jeun ou, au moins, six heures après le dernier repas et l'on constatera facilement, comme nous l'avons observé maintes fois, que la *percussion*, produisant de la *sonorité liée au vide ou à la dilatation gastrique*, est *indolore;* tandis que la *matité hépatique* est, au contraire, non seulement *plus étendue* que de coutume ; mais, encore, plus ou moins *douloureuse.*

De là, aussi, *les douleurs épigastriques, éprouvées au moment de la digestion* et *dues* (ainsi que nous l'avons fait remarquer dans le chapitre anémie) à la *compression du foie*, lors *de la réplétion gastrique* c'est-à-dire lors *des mouvements péristaltiques* de cet organe et *de sa distension plus grande par suite des fermentations digestives* et de la *formation de gaz en plus ou moins grande abondance*, (*suivant la nature des aliments ingérés*) pendant l'accomplissement de cet acte physiologique.

Pour être complet, nous devons rappeler que cet état coïncide, généralement, avec *une coloration intense des pommettes ou avec une décoloration excessive du visage, qui alternent, souvent, l'une avec l'autre.* Les enfants ont très fréquemment, dans ces conditions, du *vertige*, et présentent une espèce d'*état syncopal*, ainsi que nous l'avons dénommé et décrit plus haut (voir accidents de dentition).

L'*anémie* se trouve donc produite, tantôt par la *croissance*, tantôt par une ou *plusieurs maladies antérieures et successives*, tantôt enfin par la *mastication incomplète et les troubles digestifs qui en résultent*.

Ce qui caractérise les *névralgies, chez l'enfant,* c'est, au point de vue symptomatique, la *douleur* sans doute, mais la *douleur sans précision*, la *douleur vague, appliquée à toute une région du corps* (la *tête*, le *ventre*, le *membre inférieur*).

C'est, prévenu de cette symptomatologie imprécise des névralgies, à tout âge mais plus particulièrement dans l'enfance, que le pédiâtre, vraiment digne de ce nom, s'efforcera de rechercher et de déterminer le *trajet*, la *nature* de la douleur, en même temps qu'il s'efforcera d'en observer les *exacerbations*, souvent *intermittentes* comme dans toute névralgie, mais *survenant principalement* (en ce qui concerne la névralgie faciale vraie et la névralgie épigastrique, vraie ou fausse) au *moment du repas* ou *immédiatement après*.

Ce n'est point seulement la mastication qui réveille la névralgie dentaire, c'est encore l'action des *boissons* ou des *aliments froids ou chauds* sur les nerfs, déjà rendus douloureux ou névralgiques par la carie ou l'évolution dentaire, souvent combinées ; isolées, au contraire, l'une de l'autre, dans certains cas.

Diagnostic. — Étant donné ce que nous venons de dire des névralgies faciale et intercostale, chez l'enfant, il sera difficile de confondre, avec elles, un tout autre état.

Pour la névralgie faciale, l'absence habituelle de fièvre (sauf le cas exceptionnel d'abcès dentaire), l'âge des sujets, l'évolution ou le mauvais état des dents, permettront, généralement, de préciser le diagnostic.

Quant à la névralgie intercostale, *seule la coexistence des points névralgiques, médian* et *postérieur, pourra faire admettre la nature identique du point antérieur ou épigastrique.* Quand il y a véritablement *névralgie*, cette *coexistence est la règle.*

On devra, toutefois, ne pas confondre la névralgie avec les *arthrites chondro-costales* ou *chondro-sternales*, que le

rhumatisme aigu détermine souvent, ni avec les *ostéites* siégeant sur les *côtes* elles-mêmes.

Pour ce qui est de la *pleurite costale*, l'auscultation du thorax, au niveau du point douloureux, la mettra d'ordinaire, facilement en évidence (*frottements*).

Pronostic. — Le pronostic des névralgies, bénin en lui-même, ne devient *grave* que par la *longue durée du mal* et par celle des *conséquences générales* qui peuvent en résulter (insomnie, dyspepsie, nervosisme, anémie, etc.); d'où, *amoindrissement des défenses de l'organisme, envahissement plus facile* et *atteinte plus profonde* de ce dernier par la *plupart des maladies infectieuses.*

Traitement. — Le traitement des névralgies consiste : 1° à donner au malade des *aliments demi-liquides* (voir alimentation des choréiques), pour *relever la nutrition* le plus rapidement possible; 2° à *arracher les dents cariées*; 3° à *laver la bouche, après chaque repas*, avec un *liquide* légèrement *antiseptique* (eau boriquée), pour éviter les *infections locales* (gingivites, stomatites, adénites cervicales); 4° *à favoriser l'évolution dentaire*, par l'administration du phosphate de chaux (glycérophosphate); 5° à *combattre l'anémie*, à l'aide des préparations ferrugineuses; 6° à *régulariser les repas*; 7° enfin, à employer la quinine et, mieux, l'*euquinine* à une dose double, contre la *névralgie frontale, intermittente* et *périodique.*

XIX. — Paralysies (Hémiplégie, Monoplégie, Paraplégie)

Définition. — La paralysie (1) n'est autre chose que la *privation ou la suppression du mouvement volontaire*, sous l'influence d'une *lésion nerveuse, centrale ou périphérique.*

(1) Voir Christo Karoleff. Quelques réflexions sur la paralysie dans l'enfance, à propos de quelques cas observés à la clinique des maladies des enfants. Thèse de Montpellier, 1899.

Etiologie. — Les lésions de la *zone motrice du cerveau*, de la *partie motrice* de la *couronne rayonnante*, des *deux tiers antérieurs de la capsule interne*, *celles du corps strié*, des *pédoncules cérébraux*, du *faisceau pyramidal*, des *cellules des cornes antérieures de la moelle*, des *nerfs moteurs* enfin, entraînent communément le symptôme *paralysie.*

Les *tumeurs*, la *compression*, les *hémorrhagies*, les *inflammations* ou *infections* (diphtérie, etc.), la *sclérose* et la *dégénérescence*, en sont les causes les plus habituelles.

Le *froid*, à l'égard des *nerfs périphériques* en général et du *facial* en particulier, est *une cause très fréquente* de paralysie. Il en est de même de certaines *intoxications* (saturnisme, etc.).

Symptomatologie. — Suivant son siège, la paralysie est dite : *faciale*, *hémiplégique*, *paraplégique*, etc. Elle peut être, aussi, *mono-* ou *diplégique.*

La paralysie faciale occupe, comme son nom l'indique, la face. Elle est, d'ordinaire, *unilatérale.* Elle peut être étendue à *toute la surface d'innervation du facial* (face entière) ou, au contraire, à *l'une* seulement *de ses parties* (facial inférieur ou supérieur).

Dans le premier cas, on observe, avec de la *lagophtalmie* (inocclusion du globe oculaire par inertie ou paralysie de l'orbiculaire), de la *déviation* (en dedans) *de la commissure labiale correspondante.*

La *salive s'écoule spontanément de la bouche*, *par ce côté.* Les *aliments*, au moment de la mastication, *se perdent* ou plutôt *se logent entre les arcades dentaires et la joue.* Le petit malade, comme l'adulte, se trouve dans l'obligation d'aller retirer, avec le doigt introduit dans la cavité buccale, les aliments ainsi placés. Ces derniers, à l'état normal au contraire, sont chassés, par les contractions du buccinateur, sous les arcades dentaires, pendant l'acte de la mastication.

Cette paralysie, quoique rare chez l'enfant, s'y observe pourtant. Nous l'avons vue une fois, chez un garçon de 10 ans, qui, en été, s'était assis, le soir à la veillée, sur la porte d'un corridor ouvert à ses deux extrémités. Il était situé de telle façon qu'au lieu de tourner le dos à la porte, sur laquelle il

se trouvait, ou de la regarder en face, il était placé de profil et la joue gauche (joue paralysée) tournée vers l'extérieur.

La *monoplégie brachiale* (supérieure) *ou de la jambe* (inférieure) résulte, le plus souvent, d'une lésion circonscrite de l'encéphale ou de la moelle (tubercules, gomme syphilitique, traces de méningo-encéphalite, sclérose, ramollissement, embolie, etc., etc.).

Le difficile et l'intéressant, le pratique et l'utile pourrions-nous dire, consistent à remonter, dans chaque cas particulier, à la véritable *nature* de la lésion.

Cette détermination est plus importante encore et tout aussi indispensable à établir, que celle du siège de la lésion, assez facile à préciser, d'ordinaire.

Les *antécédents personnels ou héréditaires* du sujet permettront, jusqu'à un certain point, de remonter à cette *cause originelle*.

C'est la distribution elle-même de la paralysie, qui, comme toujours, permettra de soupçonner, sinon de préciser, le *siège* de la lésion,

Il y a *diplégie*, lorsque deux membres *analogues*, au lieu d'un, sont paralysés. La diplégie est *brachiale* ou *crurale*. Cette dernière, dite *paraplégie*, sera étudiée un peu plus bas.

Quant à la première, elle est due, le plus souvent, à une *lésion du mésocéphale*, avant, pendant ou après l'entrecroisement des pyramides antérieures. Elle peut donc intéresser la *protubérance*, le *bulbe* ou la *moelle*, *elle-même*, à son extrémité supérieure.

L'*hémiplégie* est la paralysie de toute la moitié du corps. Elle est *alterne ou non*, suivant que la lésion occupe un *point situé immédiatement au-dessus de la décussation des pyramides ou*, au contraire, *le cerveau lui-même*.

Dans le premier cas, l'entrecroisement seul des fibres du faisceau pyramidal (destinées au bras et à la jambe du côté opposé), n'ayant pas encore eu lieu, les membres seront paralysés d'un côté, la face de l'autre. Dans le second cas au contraire (paralysie *non alterne*), la lésion (cérébrale) siégeant au-

dessus de tout entrecroisement de fibres motrices (même crâniennes), la paralysie (faciale et des membres) siègera du même côté. Les causes de l'hémiplégie, chez l'enfant, sont à peu près les mêmes que chez l'adulte.

Toutefois, l'*hémorrhagie* et le *ramollissement* cérébraux, possibles à la rigueur, le cèdent et de beaucoup, comme importance étiologique et pathogénique, à l'*embolie* ou à la *sclérose descendante*.

Le cas le plus remarquable, que nous ayons observé, est relatif à un enfant de 14 ans environ, mort dans notre service.

Ce cas est d'autant plus intéressant qu'il avait été considéré, auparavant, comme un cas d'hypertrophie cardiaque de croissance.

Or, pendant qu'il était à la clinique des enfants, nous avons appris que ce malade avait eu, tout jeune, la *variole*.

C'est à partir de cette maladie, qui avait certainement donné lieu à une *endocardite*, que l'enfant avait présenté de l'*essoufflement* et des *palpitations ;* puis, une *embolie* suivie d'*hémiplégie droite*.

L'hémiplégie, d'origine cérébrale, est fréquemment *précédée de convulsions*, le plus souvent liées à la méningo-encéphalite, à l'atrophie cérébrale ou aux tumeurs, de même siège, ci-dessus mentionnées.

Dans ces cas, l'on peut voir se produire : ici des *hémorrhagies*, là des *œdèmes*, ailleurs des *trombus* et du *ramollissement cérébral*, causes de l'hémiplégie.

Le plus souvent, toutefois, la *compression* et la *sclérose* sont suffisantes à la déterminer.

La *contracture précoce* accompagne l'hémiplégie, lorsque la lésion siège dans le voisinage de la dure-mère ou des cavités ventriculaires.

La *contracture tardive* est la conséquence d'une dégénérescence descendante du faisceau pyramidal.

La *paraplégie* est surtout fréquente ou commune dans le

mal de Pott (tuberculose vertébrale). Nous en avons publié un cas (1), dans lequel la paraplégie finit par céder.

Elle est généralement liée à la *myélite transverse* ou, simplement, *antérieure*, que détermine la *compression médullaire, due à l'angle rentrant, formé*, à l'intérieur du canal rachidien, par l'*écrasement du corps vertébral, tuberculisé.*

Toute cause de compression, analogue ou identique (*abcès intra-vertébraux; fracture, luxation antérieure* de la colonne vertébrale; *méningo-myélite, hémorrhagie intra-rachidienne*) peut, momentanément ou d'une façon plus ou moins durable, amener le même résultat.

Souvent, la paraplégie s'accompagne de *trépidation épileptoïde* du pied et d'*exagération des réflexes tendineux,* par *dégénérescence descendante du faisceau pyramidal.*

Diagnostic. — La paralysie du facial ne pourrait être confondue, à un examen superficiel d'ailleurs, qu'avec la *contracture des muscles du côté opposé.* Nous avons vu, en effet, que, dans la paralysie faciale, la *commissure labiale correspondante se porte en dedans,* vers la ligne médiane, pendant que la *joue tombe flasque et descend.*

Les muscles sains de l'autre côté, en vertu de leur *tonicité normale, entraînent* aussi, vers celui-ci, la *commissure non paralysée* et *la dévient en sens inverse de la précédente.*

Ce même résultat (déviations commissurales) serait obtenu, si, le côté paralysé étant normal, l'autre côté avait ses *muscles contracturés.*

Mais, dans ce cas, non seulement la salive ne s'écoulerait pas, du côté supposé à tort paralysé; mais, encore, les aliments ne se perdraient pas et ne stagneraient pas dans l'espace jugo-gingival, correspondant.

Quant à la *monoplégie* et à l'*hémiplégie*, elles pourraient assez facilement être confondues avec la *paralysie infantile,* ainsi dénommée, on le sait, *non point parce qu'elle survient*

(1) L. Baumel. Mal de Pott chez une enfant de 5 ans. Paraplégie pendant plus de 6 mois. Guérison. in Nouveau. Montp. Méd. T. II, 1893.

dans l'enfance ; mais, à cause de ses *caractères particuliers* (poliomyélite antérieure et paralysie atrophique des muscles).

La *paraplégie*, elle-même, pourrait, à un examen superficiel, être prise pour la paralysie infantile, portant sur les membres inférieurs, ou, encore, pour la sclérose en plaques, la maladie de Little, celle de Friedreich (voir le diagnostic de ces diverses maladies).

La paraplégie s'en distingue bien vite, avec un peu d'attention.

Pronostic. — La paralysie entraîne toujours un pronostic grave, sauf le cas de paralysie faciale *a frigore* ou par application de forceps (paralysie observée chez le nouveau-né), cas dans lesquels la guérison est à peu près la règle.

Au contraire, la monoplégie, la diplégie, l'hémiplégie et la paraplégie, sont le plus souvent définitives. Cette dernière, peut-être, moins que les autres.

L'hémiplégie, récente et subite, peut rétrocéder en partie, sinon en totalité.

La monoplégie brachiale en résulte souvent. Celle-ci est quelquefois définitive et incurable.

La diplégie est parfois susceptible d'une amélioration grande, sinon d'une guérison complète, lorsque les lésions ne sont ni profondes, ni trop anciennes.

Traitement. — Le traitement des paralysies est variable, suivant la cause qui les détermine.

Les *résolutifs* (iode, iodures) trouvent fréquemment leur indication, dans ces cas ; surtout si l'on soupçonne, à l'origine, la *syphilis héréditaire ou acquise*, des *lésions inflammatoires chroniques ou aiguës* (*tuberculose*), des *tumeurs compressives*, la *sclérose* même.

L'*électricité* (*galvanique*, pour les nerfs, la moelle et le cerveau ; *faradique*, pour les muscles) est, souvent, le seul moyen capable de réveiller la vitalité et de provoquer le retour intégral de la fonction neuro-musculaire.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

PRÉFACE 1

CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES. 1

PREMIÈRE PARTIE

MALADIES GÉNÉRALES

I. — Faiblesse congénitale. — Sclérème des nouveau-nés. 29

II. — Athrepsie 35

III. — Rachitisme. 42

IV. — Hémophilie. — Maladie de Barlow ou Rachitisme hémorrhagique 57

V. — Purpura. — Maladie de Werlhof. — Scorbut infantile. 63

VI. — Anémie 70

VII. — Chlorose. 77

VIII. — Diabète sucré 81

IX. — Diabète insipide 89

X. — Myxœdème infantile (crétinisme). 93

Pages
XI. — Maladie bronzée d'Addison 95
XII. — Rhumatisme articulaire aigu 102
XIII. — Fièvre intermittente. — Maladie paludéenne. — Fièvre des marais 105
XIV. — Fièvre typhoïde 116
XV. — Fièvres éruptives. — Scarlatine 128
XVI. — Rougeole. 135
XVII. — Variole 143
XVIII. — Vaccine 149
XIX. — Varicelle. 152
XX. — Rubéole 155
XXI. — Oreillons. 157
XXII. — Erysipèle. 160
XXIII. — Scrofule 166
XXIV. — Tuberculose 172
XXV. — Diphtérie 180
XXVI. — Syphilis 185

DEUXIÈME PARTIE

MALADIES LOCALES

PREMIÈRE SECTION : **Maladies de la peau.**

I. — Formes érythémateuses 194
1° Dermatite exfoliatrice. 194
2° Erythème interfessier. 197
3° Erythème thérapeutique. 199

Pages

II. — Formes papuleuses 199
1° Urticaire 200
2° Strophulus 202
III. — Formes vésiculaires 203
1° Sudamina 203
2° Herpès 204
3° Eczéma 207
IV. — Forme bulleuse. — Pemphigus aigu 208
V. — Formes pustuleuses 209
1° Acné 209
2° Impétigo 210
3° Ecthyma 212
VI. — Forme vésiculo-pustuleuse.— Eczéma impétigineux 214
VII. — Formes squameuses 221
1° Pityriasis 221
2° Psoriasis 225
3° Ichthyose 227
VIII. Forme cornée. — Kératose 229
IX. — Abcès multiples du nouveau-né 233
X. — Gangrène 235
XI. — Gale 238
XII. — Teigne faveuse 244
XIII. — Teigne tondante (Herpès tonsurans) 250
XIV. — Pelade 252
XV. — Tuberculose cutanée. — Lupus 255

DEUXIÈME SECTION : **Maladies des organes des sens.**

I. — Ophtalmie du nouveau-né 258
II. — Otite 260

TROISIÈME SECTION : **Maladies de l'appareil digestif**

I. — Stomatites 264
II. — Muguet 271

Pages

III. — Aphtes. 277
IV. — Ulcération sublinguale (maladie de Riga) 279
V. — Angines. — Angine tonsillaire. 280
1° Amygdalite aiguë. 280
2° Amygdalite chronique. 285
VI. — Angine diphtérique 285
VII. — Angine chronique 289
VIII. — Dyspepsie du nourrisson 293
IX. — Dyspepsie du sevrage. -- Gastro-entérite. — Gros ventre. 298
X. — Dyspepsie de la seconde enfance, dite des collégiens. 302
XI. — Accidents de dentition 307
XII. — Choléra infantile. 314
XIII. — Dysenterie. — Entérocolite de Bouchut.. 320
XIV. — Vers intestinaux 325
1° Ascaride lombricoïde 325
2° Oxyures 330
3° Tænias 334
XV. — Chute du rectum. 339
XVI. — Constipation. — Hémorrhoïdes. — Fissure à l'anus. 344
XVII. — Péritonite tuberculeuse. 349

QUATRIEME SECTION : **Maladies de l'appareil respiratoire**

I. — Coryza. 356
II. — Laryngite striduleuse 361
III. — Croup 365
IV. — Bronchite 370
V. — Broncho-Pneumonie 375
VI — Pneumonie 379
VII. — Pleurésie. 385
VIII. — Tuberculose pulmonaire 395
IX. — Adénopathie trachéo-bronchique 407
X. — Coqueluche 413

CINQUIÈME SECTION : **Maladies du cœur.**

Pages

I. — Maladie bleue 426
II. — Endocardite 431
III. — Hypertrophie cardiaque, dite de croissance. . . . 436
IV. — Péricardite 441
V. — Symphyse du péricarde. 445

SIXIÈME SECTION : **Maladies du foie.**

I. — Ictère du nouveau-né. 452
II. — Foie cardiaque 458
III. — Cirrhose cardio-tuberculeuse 463

SEPTIÈME SECTION :

Maladies de l'appareil génito-urinaire.

I. — Néphrites 468
II. — Cystite 472
III. — Incontinence nocturne d'urine. 477
IV. — Adhérences balano-préputiales. — Balano-posthite. — Phimosis 482
V. — Vulvo-vaginite. 487
VI. — Aménorrhée. — Ménorrhagie. — Métrorrhagie. . 492

HUITIEME SECTION : **Maladies du système nerveux,**

I. — Méningite aiguë 496
II. — Méningite tuberculeuse 502
III. — Hydrocéphalie 506
IV. — Sclérose cérébrale atrophique (méningite chronique). — Hémiplégie infantile. 511
V. — Idiotie. — Imbécillité 518
VI. — Convulsions 524
VII. — Epilepsie. 528
VIII. — Hystérie 535
IX. — Chorée de Sydenham. 541

Pages

X. — Tétanos du nouvaau-né 549
XI. — Tétanie 554
XII. — Tic de Salaam 558
XIII. — Paralysie infantile 563
XIV. — Sclérose en plaques 567
XV. — Maladie de Friedreich 572
XVI. — Maladie de Little 577
XVII. — Amyotrophies. — Paralysie pseudo-hypertrophique. 581
XVIII — Névralgies 590
XIX. — Paralysies 595

IMPRIMERIE LE BIGOT FRÈRES.

OXYDASES

ces ferments solubles du sang, producteurs d'ozone et d'oxygène sont concentrés dans l'

Hémoglobine Deschiens

Préparée par Deschiens-Beaumetz à la Société de Thérapeutique
comme le plus puissant des ferrugineux et admis dans les Hôpitaux
Remarquable spécialement dans les Maladies Infantiles

Sirop, Granulé, Vin, Dragées, Adrian, Paris

TRAITEMENT de la COQUELUCHE par le SIROP DERBECQ

à la *Grindelia Robusta*. Le Sirop Derbecq est, de l'avis du corps médical tout entier, le seul remède à opposer à la Coqueluche. C'est que ce produit n'est nullement [illegible] aux produits similaires, de plus, c'est qu'il soulage immédiatement, et guérit en quelques jours les cas de Coqueluche les plus graves. Le Sirop Derbecq a été honoré des plus hautes récompenses aux Expositions et [illegible] à la dernière Exposition de l'Hygiène de l'Enfance où il a obtenu la **grande médaille d'or**. — Le Sirop Derbecq se trouve dans toutes les pharmacies sans qu'on dépôt, **24 rue de Charonne, Paris**, au prix de **4** fr. le flacon et **7** fr. les 2 flacons.

Coaltar Saponiné Le Beuf

ANTISEPTIQUE ni vénéneux, ni caustique

Admis dans les hôpitaux de la Ville de Paris

Spécialement recommandé dans la **Médecine des Enfants** (*angine couenneuse, stomatite, dartres, écoulements strumeux*, etc.). Il est estimé de tous les médecins qui en ont essayé l'emploi.

Le flacon, **2 francs**. Les six flacons, **10 francs**

DANS TOUTES LES BONNES PHARMACIES
SE MÉFIER DES IMITATIONS
Bien spécifier : **Coaltar Saponifié Le Beuf**

Produits recommandés de F. VIGIER

Pharmacien de 1re classe

12, Boulevard Bonne-Nouvelle — PARIS

PLUS DE CONSTIPATION par l'emploi des

PILULES RHÉO-FERRÉES VIGIER

Ces pilules laxatives n'affaiblissent pas, même par usage prolongé. Dose : 1 pil. au dîner. — Prix du flacon de 60 pil. : 3 fr. franco contre timbres ou mandat.

LE SACCHAROLÉ DE QUINQUINA VIGIER

Tonique, reconstituant, fébrifuge. Renferme tous les principes de l'écorce. Dose : 1 à 2 cuillerées à café par jour dans la 1re cuillerée de potage ou dans de l'eau, du vin, etc. — Prix du flacon représentant 20 gr. d'extrait : 3 fr.

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

Rhumes, Bronchites, Catarrhes, etc.

Par les Perléines de GAIACACODYL VIGIER

Cacodylate de Gaïacol. Dose : 2 à 4 par jour. — Prix du flacon : 4 fr. 50

AMPOULES GAIACACODYLIQUES

à 0 gr. 05 centigrammes pour injections hypodermiques

FARINE ALIMENTAIRE VIGIER

Nutrition des enfants en bas-âge. Allaitement insuffisant. Sevrage — La b. : 3 fr.

SAVONS ANTISEPTIQUES VIGIER

Hygiéniques, Médicamenteux

Savon doux ou pur. Savon gras au Beurre de cacao. S. hygiénique (*pour le visage, la poitrine, le cou*, etc.). S. panama. S. panama et goudron. S. naphtol. S. naphtol soufré. S. goudron et naphtol (*pour les soins de la chevelure, de la barbe, pellicules, séborrhée, alopecie, maladies cutanées*). S. à l'ichtyol, acné, etc.

HUILE VIERGE DE FOIE DE MORUE

Qualité extra. — Assimilation facile, rapide et complète.

SAVON DENTIFRICE ANTISEPTIQUE VIGIER

Le meilleur Dentifrice antiseptique pour l'entretien des dents, gencives et muqueuses. Prix de la boîte de porcelaine : 3 fr.

TUBE DE CRÈME DE LANINE VIGIER

Pour l'entretien et la souplesse de la peau et contre les gerçures, engelures, etc.

Prix du tube : 0 fr. 50

BORO-BORAX-VIGIER

Antiseptique, désinfectant, microbicide, cicatrisant, s'emploie dans toutes les affections où l'antisepsie est de rigueur : toilette intime, etc.

SUPPOSITOIRES CHARLARD-VIGIER

A base de glycérine pure à 30° solidifiée, contre la constipation habituelle.

Prix de la boîte : 2 fr. 50

BALLES RECTALES CONTRE LA CONSTIPATION DES ENFANTS

Prix de la boîte : 1 fr. 50

GLYCÉRO-PHOSPHATE IODO-TANNIQUE VIGIER

Employé contre : *scrofule, rachitisme des enfants, lymphatisme, anémie, épuisement, surmenage, neurasthénie, phosphaturie, débilité pendant la grossesse.* Cette préparation tonique reconstituante n'irrite pas le tube digestif et réunit, grâce à une parfaite association dans de la glycérine pure, toutes les propriétés de l'iode, du tanin et des glycéro-phosphates : *dose* : Enfants, 1 cuillerée à café ; adultes 1 cuillerée à soupe, avant chaque repas.

Prix du flacon : 4 fr.

ÉTABLISSEMENT MÉDICAL DE MEYZIEUX (Isère)

FONDÉ EN 1881

Par le Docteur **COURJON**, Directeur général

Maladies nerveuses - Affections chroniques des deux sexes

CURES DE RÉGIME (chroniques, convalescents, etc.)
» **DE SEVRAGE** (alcool, morphine, ether, tabac, etc.)
» **D'ISOLEMENT** (neurasthénie, névroses diverses, etc.)

Hydrothérapie — Électrothérapie — Massage

Annexe A : **MAISON DE SANTÉ** légalement autorisée, pour la cure des psychoses, délires divers, etc. **Pavillon spécial pour Psychiques convalescents.** Directeur : Dr **LARRIVÉ.**

Annexe B : **INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE** pour le traitement et l'éducation des **Enfants arriérés** des deux sexes. Directeur : **Louis GRANDVILLIERS,** ex-professeur à l'Ecole Nle des Sourds-Muets et à l'Asile-Ecole de Bicêtre.

L'Etablissement est situé à 12 kil. de Lyon (Chemin de fer, Télégr., Téléph.)

Le Docteur Courjon reçoit à Lyon, 14, rue de la Barre, les lundis, mercredis et samedis, de 2 heures à 4 heures ; les autres jours à l'Etablissement, de 10 heures à 11 heures, ainsi que le Docteur Larrivé.

F. R. DE RUDEVAL, ÉDITEUR

4, rue Antoine Dubois, PARIS (VIe)

VENTE AVEC PAIEMENTS MENSUELS

Traité de Thérapeutique et de Matière Médicale

par **V. AUD'HOUI**

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Deux volumes in-8 de 1.436 pages, brochés . . **25** *fr.*

La nouvelle édition de ce grand ouvrage, revue avec soin, annotée et mise au courant des derniers progrès, renferme, dans un ordre très méthodique, clair et précis, un résumé du développement de la science depuis les origines jusqu'à nos jours. La pratique médicale, profondément bouleversée et modifiée sous l'influence des idées et des découvertes contemporaines, y est exposée avec tous les détails que comporte un sujet si intéressant et si utile. Le savant y trouvera de quoi piquer vivement sa curiosité, et le médecin praticien des médications assez nombreuses et assez variées pour correspondre, dans l'état actuel de nos connaissances, à toutes les applications possibles de l'art.

ANATOMIE DES RÉGIONS

dans ses rapports avec la Médecine et la Chirurgie

par Georges Mac CLELLAN, D. M.

PROFESSEUR D'ANATOMIE DESCRIPTIVE ET TOPOGRAPHIQUE
A L'ÉCOLE D'ANATOMIE DE PHILADELPHIE

Illustrée d'après des photographies que l'auteur a faites de préparations anatomiques disséquées uniquement en vue de cet ouvrage ; les planches ont été coloriées par lui d'après nature.

« L'anatomie n'est pas telle qu'on l'enseigne dans les écoles »
BARRAS.

Traduite sur l'édition anglaise par le Docteur Louis TOLLEMER

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Cartonné à l'américaine, fer spécial. . . . . **44** fr. le 1er volume
» » » **49** fr. le 2e volume

Avis très important

MM. les Docteurs qui voudront bien souscrire à l'un de ces deux ouvrages pourront en effectuer le paiement de la façon suivante :

Pour le traité du docteur Aud'houi : **5** fr. en souscrivant, le reste par versements mensuels de **5** fr.

Pour l'anatomie du professeur Mac Clellan ou pour les deux volumes : **10** fr. en souscrivant et le reste par versements mensuels de **10** fr.

Primes à tout Acheteur

NOS GRANDS MÉDECINS D'AUJOURD'HUI

par le docteur HORACE BIANCHON

Préface de MAURICE DE FLEURY

Un beau volume in-18 de 500 pages sur beau papier

ORNÉ DE MAGNIFIQUES PORTRAITS EN SANGUINE

A titre de prime, nous offrons ce magnifique volume au prix de **2** fr. au lieu de **10** francs

---

LE PALUDISME

par A. F. DUBERGÉ

Médecin de Marine en retraite

Un beau volume in-8 raisin de 464 pages, broché, au lieu de **7** fr. **50**
3 francs

Bibliothèques
Université d'Ottawa
Echéance

Libraries
University of Ottawa
Date Due

39003 015622953